Bibliothèque Médicale
Charcot-Debove

Dr P. Janet

État mental des Hystériques

Les Stigmates mentaux

BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION

DE MM.

J.-M. CHARCOT
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut.

G.-M. DEBOVE
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Andral.

BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE

CHARCOT-DEBOVE

VOLUMES PARUS DANS LA COLLECTION

V. Hanot. — La Cirrhose hypertrophique avec ictère chronique.
G.-M. Debove et **Courtois-Suffit.** — Traitement des Pleurésies purulentes.
J. Comby. — Le Rachitisme.
Ch. Talamon. — Appendicite et Pérityphlite.
G.-M. Debove et **Rémond** (de Metz). — Lavage de l'estomac.
J. Seglas. — Des Troubles du langage chez les aliénés.
A. Sallard. — Les Amygdalites aiguës.
L. Dreyfus-Brisac et **I. Bruhl.** — Phtisie aiguë.
P. Sollier. Les Troubles de la mémoire.
De Sinety. — De la Stérilité chez la femme et de son traitement.
G.-M. Debove et **J. Renault.** — Ulcère de l'estomac.
G. Daremberg. — Traitement de la phtisie pulmonaire. 2 vol.
Ch. Luzet. — La Chlorose.
E. Mosny. — Broncho-Pneumonie.
A. Mathieu. — Neurasthénie.
N. Gamaleïa. — Les Poisons bactériens.
H. Bourges. — La Diphtérie.
Paul Blocq. — Les Troubles de la marche dans les maladies nerveuses.
P. Yvon. — Notions de pharmacie nécessaires au médecin. 2 vol.
L. Galliard. — Le Pneumothorax.
E. Trouessart. — La Thérapeutique antiseptique.
Juhel-Rénoy. — Traitement de la fièvre typhoïde.
J. Gasser. — Les Causes de la fièvre typhoïde.
G. Patein. — Les Purgatifs.
A. Auvard et **E. Caubet.** — Anesthésie chirurgicale et obstétricale.
L. Catrin. — Le Paludisme chronique.
Labadie-Lagrave. — Pathogénie et traitement des Néphrites et du mal de Bright.
E. Ozenne. — Les Hémorroïdes.
Pierre Janet. — État mental des hystériques. — Les stigmates mentaux.

POUR PARAITRE PROCHAINEMENT

L. Capitan — Thérapeutique des maladies infectieuses.
Chambard. — Morphinomanie.
R. du Castel. — Tuberculoses cutanées.
Luc. — Les Névropathies laryngées.
J. Comby. — Les Oreillons.
Legrain. — Microscopie clinique.
Boulloche. — Les Angines a fausses membranes
J. Arnould. — La Désinfection publique.
Achalme. — Érysipèle.
Richardière. — La Coqueluche.
Barbier. — La Rougeole.
Boulay. — Pneumonie lobaire aiguë. 2 vol.

Chaque volume se vend séparément. Relié : **3** fr. **50.**

ÉTAT MENTAL

DES

HYSTÉRIQUES

LES STIGMATES MENTAUX

PAR

PIERRE JANET

Ancien élève de l'École normale supérieure,
Professeur agrégé de philosophie au Collège Rollin,
Docteur ès lettres,
Lauréat de l'Académie des Sciences morales

PRÉFACE DE M. LE PROFESSEUR CHARCOT

AVEC 7 FIGURES DANS LE TEXTE

PARIS

RUEFF ET Cie, ÉDITEURS

106, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 106

Je suis heureux de recommander au public médical le livre d'un de mes élèves, M. Pierre Janet sur l'état mental des hystériques. Ces études, commencées depuis longtemps, ont été complétées dans mon service et exposées dans quelques conférences que M. Janet a faites, ce printemps, à la Salpêtrière. Elles viennent confirmer une pensée souvent exprimée dans nos leçons, c'est que l'hystérie est en grande partie une maladie mentale. C'est là un des côtés de cette maladie qu'il ne faut jamais négliger si l'on veut la comprendre et la traiter.

M. Pierre Janet a voulu joindre aussi complètement que possible les études médicales aux études philosophiques; il fallait réunir ces deux genres de connaissances et ces deux éducations pour essayer d'analyser cliniquement l'état mental d'un malade.

J.-M. CHARCOT.

Paris, le 1er novembre 1892.

ÉTAT MENTAL

DES

HYSTÉRIQUES

INTRODUCTION

« L'hystérie est une maladie générale qui modifie l'organisme tout entier[1]. » Si elle trouble la nutrition et toutes les fonctions physiologiques, elle trouble aussi les phénomènes psychologiques qui sont l'une des fonctions de l'organisme. Ce sont ces perturbations psychologiques produites par l'hystérie dans l'état mental des malades considéré comme une fonction des centres supérieurs de l'encéphale que je désire examiner dans cet ouvrage. Il n'y a pas lieu de recommencer ici l'antique querelle du physique et du moral, qui, au point de vue scientifique, est tout à fait oiseuse. Le médecin constate simplement des phénomènes qui se produisent chez les malades; il les considère tous comme aussi réels les uns que les autres, ou du moins comme des expressions d'une réalité inconnue, et il cherche seulement à établir entre ces faits les liens d'un détermi-

1. Briquet, *Traité de l'hystérie*, 1859, 517.

nisme rigoureux. Quelles que soient donc nos opinions métaphysiques, l'étude du moral d'un malade doit faire partie de sa description clinique, et les relations des phénomènes psychologiques entre eux ainsi que leurs relations avec les faits physiologiques doivent être minutieusement recherchés. C'est ainsi seulement que la médecine pourra conquérir la connaissance de l'homme tout entier et comprendre des maladies qui affectent tout l'organisme.

Des recherches antérieures sur les phénomènes automatiques de l'esprit m'ont conduit à étudier des malades hystériques qui présentent ces phénomènes avec le plus haut degré de netteté. Ces travaux, ou du moins quelques-uns d'entre eux, ont été réunis dans une thèse philosophique présentée à la Sorbonne en 1889. Je voudrais les reprendre aujourd'hui à un point de vue différent. Au lieu de rattacher accidentellement la description des malades à l'étude des problèmes philosophiques, je veux essayer de décrire le malade en lui-même et pour lui-même. Les études psychologiques seront accessoires et serviront seulement à mieux faire comprendre des phénomènes maladifs dans lesquels, « sans contestation possible, l'élément psychique joue un rôle considérable quand il n'est pas prédominant[1] ». Je prie le lecteur de m'excuser si je renvoie quelquefois à des travaux antérieurs dans lesquels ces questions philosophiques sont discutées d'une manière plus complète qu'il n'est possible de le faire dans un ouvrage de médecine.

La méthode d'observation joue le principal rôle dans ces recherches : c'est la méthode clinique appliquée aux maladies de l'esprit. L'expérimentation vient seulement, et dans un petit nombre de cas, la confirmer ; et encore cette expérimentation n'est bien souvent qu'une obser-

1. Charcot, *De l'isolement dans le traitement de l'hystérie*, 1885 *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1887, III, 238.

vation plus précise et un peu plus préparée. Il faut se défier des expériences compliquées, qui ne sont pas faciles à faire sur l'esprit : leur appareil suffit pour bouleverser l'état mental que l'on veut étudier. La psychologie ne nous paraît pas assez avancée pour être susceptible de beaucoup de mesures de précision. La nature générale des phénomènes, leurs mille variations, leurs conditions changeantes, ne sont pas assez connues pour que l'on se vante de mesurer un de ces faits isolé des autres. Il est inutile et même dangereux de prendre un microscope pour faire de la grosse anatomie : on s'expose à ne pas savoir ce que l'on regarde. Je crois qu'il faut avant tout bien connaître son sujet dans sa vie, dans son éducation, dans son caractère, dans ses idées, et qu'il faut être convaincu qu'on ne le connaît jamais assez. Il faut ensuite mettre cette personne dans des circonstances simples et bien déterminées et noter exactement et sur le moment même ce qu'elle fera et ce qu'elle dira. Examiner les actes et les paroles, voilà encore le meilleur moyen de connaître les hommes, et je ne trouve ni inutile ni fastidieux d'écrire mot à mot les divagations d'une aliénée. Le lecteur ne sera donc pas étonné s'il m'arrive de décrire une action de détail, de citer une phrase prononcée ou écrite par une malade. Les paroles, les écrits des malades sont les véritables documents, les graphiques de la psychologie pathologique : il faut sans doute les interpréter, mais il ne faut jamais les oublier ni les transformer.

Quoique la statistique n'ait pas ici une grande importance et que les observations ne soient jamais assez nombreuses, il est juste d'avertir le lecteur du nombre des malades examinés et des conditions dans lesquelles les observations ont été prises. Les remarques que j'expose sont fondées sur cent vingt observations d'hystériques que j'ai recueillies avec le plus de détails possible et sur une douzaine d'autres qui m'ont été communiquées par mes amis avec une obligeance dont je

les remercie. Les premiers cas que j'ai décrits autrefois ont été étudiés dans la ville du Havre, grâce à l'assistance de mes excellents amis, M. Gibert et M. Powilewicz. Mais la plus grande partie de ces observations est nouvelle; elle a été recueillie pendant mon séjour dans les hôpitaux de Paris, dans les services de mes éminents maîtres, M. Jules Falret, M. Guyon, M. Siredey, M. Cornil, M. Landouzy, M. Hanot, et surtout dans le service si riche de M. le professeur Charcot, qui a bien voulu m'accepter comme un de ses élèves à la Salpêtrière. Quand je suis venu travailler dans le service de M. Charcot, la sympathie, l'amitié de tous que j'ai rencontrées m'ont rendu cher le service de la clinique des maladies nerveuses, et, si mes humbles travaux peuvent ajouter quelque petit détail aux belles recherches qui y ont été faites, je suis heureux de les lui offrir.

Il est impossible, sans compliquer beaucoup la rédaction de ces études, de faire allusion à tous ces malades : suivant un procédé que j'ai déjà employé et qui m'a paru commode, je citerai toujours de préférence les mêmes personnes, qui, une fois bien connues, permettent de comprendre plus facilement les descriptions. Ces malades, bien entendu, ne sont pas pris au hasard; ils sont choisis parmi ceux qui ont été le plus longuement étudiés et qui, à différents points de vue, présentaient les symptômes les plus caractéristiques. Des comparaisons montrent le degré de généralité de chaque phénomène et sa dégradation chez les sujets qui le présentent à l'état fruste.

Les symptômes hystériques, tout en gardant continuellement à peu près la même nature, se présentent cependant de deux manières différentes : tantôt ils sont *essentiels*, constitutifs de la maladie; ils sont *permanents* et durent à peu près autant que les dernières traces de la maladie; enfin ils sont jusqu'à un certain point *indifférents* au malade, qui se sent affaibli, mais sans pouvoir préciser au juste le symptôme dont il souffre ; —

tantôt, au contraire, ils sont *accidentels*, surajoutés en quelque sorte à la maladie, qui ne comporte pas nécessairement ce phénomène particulier, *passagers* ou tout au plus périodiques et *pénibles* pour le malade qui sait précisément ce qui le tourmente le plus. Cette différence a donné naissance à la distinction classique des *stigmates* et des *accidents*. La séparation est quelquefois assez facile à faire et l'on peut dire assez facilement qu'une anesthésie est un stigmate et qu'une attaque est un accident; mais souvent aussi un symptôme peut être rattaché à l'une ou à l'autre catégorie. Nous conserverons cependant cette distinction qui est commode, en divisant cette étude de l'état mental des hystériques en deux parties : 1° l'analyse des *stigmates mentaux;* 2° l'examen des *accidents mentaux* de l'hystérie. Le présent volume de cet ouvrage ne traitera que des stigmates et nous réserverons pour le second volume l'examen des accidents mentaux de l'hystérie.

CHAPITRE PREMIER

LES ANESTHÉSIES

Les insensibilités que l'on peut très souvent observer chez les hystériques ne semblent pas, au premier abord, un des symptômes les plus importants de leur maladie ; d'autres phénomènes, en apparence plus graves, ont davantage frappé les premiers observateurs. Aussi, quoique ce caractère fût connu depuis fort longtemps, ainsi que le prouve la recherche de la marque du diable chez les sorcières, a-t-il été laissé de côté dans beaucoup de descriptions anciennes. Sydenham (1681), Louyer-Villermay (1816), Georget (1824), Landouzy (1846) n'en font aucune mention. Ce n'est que depuis cinquante ans à peine que ce symptôme essentiel est signalé par Piorry (1843), Macario (1844), Gendrin (1846), Henrot (1847), Skokalsky, E. Mesnet, A. Voisin et surtout par Briquet qui, dans son beau livre (1859), a décrit avec tant de soin la plupart des phénomènes moraux présentés par ces malades [1]. M. Charcot, dans ses leçons de 1872, a bien mis en relief, non seulement la réalité et la fréquence de ce caractère, mais encore son extrême importance pour le diagnostic et l'étude des hystériques [2].

1. Résumé historique d'après Pitres. *Leçons cliniques sur l'hystérie*, 1891, I, p. 59.
2. J.-M. Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 5e édit. 1884, p. 300.

L'anesthésie en effet est un excellent signe pour le diagnostic : il est net, facilement appréciable et très caractérisque pour le médecin ; il est pour le malade peu connu et difficilement simulable [1]. Il doit aussi, croyons-nous, jouer un grand rôle dans la théorie de cette maladie ; car il n'existe pas au même degré et sous la même forme dans les autres perturbations de l'esprit, et il peut être considéré comme le type des autres symptômes de l'hystérie. Enfin, il est précieux pour l'examen psychologique : la sensibilité et l'insensibilité, tout en étant psychiques, semblent posséder facilement des manifestations extérieures. On peut assez bien vérifier, si un membre est sensible ou s'il ne l'est pas, et l'anesthésie est le fait psychologique le plus commode à étudier expérimentalement. Si l'on veut bien se rappeler aussi le rôle immense que tous les psychologues ont fait jouer aux sensations dans la formation de l'intelligence, on comprendra que, pour toutes ces raisons, l'étude de l'anesthésie soit placée en tête de l'analyse d'un état mental pathologique.

Dans cette étude [2], il me semble utile d'insister tout d'abord sur les caractères et sur l'interprétation générale de cette insensibilité et de rejeter à la fin du chapitre les études particulières sur telle ou telle forme spéciale d'anesthésie, qui seront présentées comme complément et comme vérification des hypothèses générales.

§ 1. — CLASSIFICATION ET CARACTÈRES GÉNÉRAUX

Un grand nombre de malades atteints d'hystérie, placés dans les conditions où un homme normal éprou-

1. PITRES, *op. cit.*, I, 79.
2. Ce chapitre sur l'anesthésie reproduit en partie et complète une leçon faite à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot, le 11 mars 1892, et publiée dans les *Archives de neurologie*, mai 1892.

verait une sensation plus ou moins vive, se conduisent comme s'ils ne sentaient absolument rien : ils ne réagissent pas, et ne se plaignent pas si on les pince, si on les pique, si on les brûle; interrogés, ils déclarent n'avoir pas entendu un bruit ou n'avoir pas vu un objet éclairé et placé cependant devant leur œil ouvert. C'est cette attitude du malade qui est désignée sous le nom d'*anesthésie*. Cette anesthésie n'existe pas absolument chez tous les malades, et il ne faudrait pas repousser le diagnostic d'hystérie, par cette seule raison que ce symptôme n'existe à aucun degré; il y a, comme on le verra, d'autres symptômes moraux moins nets, et surtout moins pathognomoniques, qui peuvent, dans certains cas, se substituer à celui-là. Mais cette anesthésie, sous une de ses formes variées, existe certainement dans la grande majorité des cas, et peut être considérée comme tout à fait caractéristique.

L'anesthésie hystérique peut être plus ou moins complète, et se borner quelquefois à une diminution de sensibilité normale, hypoesthésie plus difficile à apprécier. Elle peut porter sur toutes les sensations que l'esprit humain est susceptible de ressentir. Absolument tous les sens, les sens tactile, musculaire, gustatif, olfactif, l'ouïe, la vision, etc., peuvent être atteints isolément ou simultanément. La sensibilité des muqueuses, au moins des muqueuses accessibles, est modifiée aussi bien que celle de la peau : on sait l'importance que certains cliniciens comme Chairou accordaient, non sans quelque exagération, à l'anesthésie de la muqueuse qui recouvre l'épiglotte et le pharynx [1]. Quand un sens est complexe, il peut être atteint partiellement, tel élément ayant disparu, tandis que tel autre subsiste. L'hystérique peut perdre la sensibilité tactile proprement dite, ou seulement la sensation de

1. Gilles de la Tourette. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1891, 185.

douleur, celle de chaleur, celle que provoque le courant électrique [1], celle que provoque la torsion ou le tiraillement des jointures, etc. La vue peut être atteinte dans ses divers éléments, l'acuité visuelle, le sens des couleurs, l'étendue du champ visuel. En un mot, il n'y a pas une sensation reconnue par les psychologues qui ne puisse être modifiée ou supprimée par l'anesthésie de ces malades.

Quel que soit leur siège, ces anesthésies peuvent se présenter sous des formes variées que l'on peut ramener à trois principales : elles peuvent être *systématisées*, *localisées* ou *générales*.

Les **anesthésies systématisées** sont, à mon avis, plus fréquentes qu'on ne croit généralement, car on ne les remarque pas toujours. Elles ne portent pas sur toutes les sensations provenant de l'excitation d'un certain sens ou d'un certain point du corps, mais sur un groupe de sensations formant un système, en laissant parvenir à la conscience la connaissance de tous les autres phénomènes qui impressionnent ce même sens ou ce même point de la surface cutanée. Ce genre d'insensibilité très étudié par les anciens magnétiseurs est facile à constater pendant le sommeil hypnotique et à produire par des suggestions appropriées. Le sujet, par exemple, verra toutes les personnes de la salle, mais ne pourra plus voir ni entendre une certaine personne qu'on lui aura désignée ; il pourra voir des objets, des papiers qu'on lui présente, mais ne pourra plus voir certains papiers portant une croix ou marqués d'un chiffre impair. L'analyse de ce phénomène a été pour moi le point de départ de l'étude des anesthésies hystériques qui sont, plus qu'on ne le croit au premier abord, semblables à ce modèle [2].

1. Ch. Richet, *Recherches expérimentales et cliniques sur la sensibilité*, 1877, 279.

2. Sur les anesthésies systématisées, voir deux études précédentes : *l'Anesthésie systématisée et la dissociation des phénomènes psycho-*

Cette anesthésie systématisée se rencontre aussi et naturellement pendant les somnambulismes, quelle que soit leur origine. Le somnambule ne peut voir qu'une certaine catégorie, un certain système d'objets en rapport avec son rêve, mais quoiqu'il ait les sens ouverts pour ces objets-là, il semble insensible pour tous les autres. Le sujet hypnotisé entend son hypnotiseur et semble n'entendre aucune autre personne; l'automate, si bien décrit par M. Mesnet, ne voit que son allumette à lui et non celles qu'on essaye de lui présenter; une somnambule naturelle, que j'ai décrite, voyait fort bien que la lampe apportée par elle avait besoin d'être remontée, mais ne voyait pas les personnes présentes cherchant en vain à attirer son attention [1].

Enfin le même fait peut encore se présenter naturellement pendant la veille des malades. J'ai étudié autrefois une jeune fille qui m'avait paru fort singulière : elle avait les deux mains absolument anesthésiques, mais elle reconnaissait toujours au contact deux ou trois objets seulement appartenant à sa toilette habituelle, ses boucles d'oreille et ses épingles à cheveux en écaille. Tout autre objet mis dans ses mains, une pièce d'or ou un crayon n'étaient absolument pas sentis. Une autre malade, ayant également les mains tout à fait anesthésiques, savait toujours par le simple contact et sans miroir si sa coiffure était bien ou mal disposée selon ses goûts [2]. On peut lire dans l'ouvrage de M. Gilles de la Tourette une observation analogue : des hystériques, nous dit-il, continuent à sentir certains goûts quand elles semblent

logiques (*Revue philosophique*, 1887, I, 449) et *l'automatisme psychologique*, 1889, 271. La provocation expérimentale de ces insensibilités systématisées sera étudiée dans le second volume de cet ouvrage à propos des suggestions.

1. Électivité ou esthésie systématisée. *Autom. psych.*, 1889, 287.
2. *Ibid.*, 291.

avoir perdu tous les autres, une malade ne savait plus reconnaître que le goût du jus d'oignons [1].

Dans tous ces cas, il semble que la sensibilité et l'insensibilité soient réparties non pas d'après des modifications physiques du sens lui-même, mais d'après de certaines idées du malade qui déterminent le choix des impressions senties ou non senties.

Anesthésies localisées. — On donne ce nom à des insensibilités complètes siégeant sur une région particulière du corps; aucune excitation faite sur cette région ne produit une sensation dans la conscience, tandis que les mêmes excitations faites à côté sur une région voisine sont parfaitement senties. La plus fréquente et la plus curieuse de ces localisations mérite bien le nom d'*hémianesthésie*, car elle occupe l'une des moitiés latérales du corps et s'arrête assez exactement à la ligne médiane. Quand elle est complète, aucune impression douloureuse, tactile, thermique ou musculaire provoquée sur ce côté, qui est le plus souvent le *côté gauche* [2], ne provoque une sensation consciente. L'anesthésie des sens spéciaux du même côté n'accompagne pas nécessairement cette hémianesthésie, mais elle s'y joint souvent. La répartition de la sensibilité n'est pas toujours aussi simple. On peut voir une sorte de croisement, l'hémianesthésie qui siège sur la face, le bras et le tronc du côté gauche, passe à la jambe du côté droit, tandis que la jambe gauche reste sensible [3]. J'ai vu plus souvent des malades ayant la face anesthésique d'un côté et le corps de l'autre. Enfin des plaques, des îlots d'anesthésie peuvent être déterminés irrégulièrement sur le corps sans ordre bien apparent.

Parmi ces anesthésies localisées, les plus curieuses ont été autrefois décrites par M. Charcot sous le nom

1. Gilles de la Tourette, *op. cit.*, 183.
2. Trois anesthésies du côté gauche pour une du côté droit, disait Briquet, *op. cit.*, 278.
3. Pitres, *op. cit.*, I. 133.

d'*anesthésies en segments géométriques* [1]. Des membres entiers ou des parties de membres, un doigt, la main, ou les cuisses deviennent anesthésiques dans toute leur superficie et l'insensibilité est limitée par des lignes assez régulières, perpendiculaires le plus souvent à l'axe du membre : ce sont là les anesthésies, en manche de veste, en gigot, etc. Je crois pouvoir rattacher à cette classe une répartition assez singulière que j'avais décrite autrefois comme une simple curiosité [2] et que je viens de revoir deux fois. Cette répétition de l'observation me fait penser qu'il y a peut-être là autre chose que du hasard. Certaines malades présentent de l'anesthésie nette sur tout un côté, mais elles ont conservé des bracelets de sensibilité intacte autour de toutes les articulations. Inversement un malade à demi-guéri d'une monoplégie brachiale avait recouvré la sensibilité du bras, mais gardait un bracelet d'anesthésie fort net au niveau de son poignet encore peu mobile. Enfin, M. Gilles de la Tourette [3] a appelé l'attention sur une répartition bien intéressante au point de vue psychologique : souvent une tache d'anesthésie vient se superposer à l'endroit du corps où siège déjà un autre accident hystérique, comme une parésie ou un spasme. Isabelle, par exemple, une malade que nous citerons quelquefois, a normalement une hémianesthésie gauche qui s'arrête nettement sur la ligne médiane du cou, comme sur le tronc. Souvent, après une attaque, elle a des spasmes de la région du larynx et des muscles hyoïdiens et elle ne peut plus parler. A ce moment, l'anesthésie gauche forme une encoche sur le côté sensible et recouvre la région du larynx et la région hyoïdienne.

Ces répartitions de l'anesthésie ne correspondent évidemment pas à des régions anatomiquement dis-

1. Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, III, 345.
2. *Autom. psych.*, 312.
3. Gilles de la Tourette, *op. cit.*, 158.

tinctes. Ce n'est pas le territoire innervé par le cubital ou le médian qui est anesthésique, c'est la main ou le poignet. C'est le bras tout entier, y compris la région de l'épaule, qui est insensible et non le territoire innervé par le plexus brachial. Cette partie insensible ne correspond pas non plus à une aire vasculaire ou irriguée par une même artère ainsi que l'avait autrefois supposé Briquet[1]. Non, cette localisation n'est pas anatomique, elle est physiologique, comme le dit justement M. Charcot. Mais je voudrais ajouter un mot : cette répartition correspond à une physiologie bien grossière, bien populaire. Quand une hystérique a la main paralysée, où devrait être son insensibilité? Sur les muscles qui ne fonctionnent pas, c'est-à-dire sur l'avant-bras. Et cependant l'anesthésie est presque toujours limitée à la main elle-même et au poignet. Dans la cécité hystérique, l'anesthésie ne porte pas seulement sur la rétine, mais sur la conjonctive et même sur les paupières : l'hystérique amaurotique a une lunette d'anesthésie sur la face[2]. Elle a perdu l'œil, non pas seulement dans le sens physiologique, mais dans le sens populaire du mot, c'est-à-dire tout ce qui remplit l'orbite. Il semble donc que, même dans ces anesthésies localisées, les associations habituelles de nos sensations, les idées que nous nous faisons de nos organes jouent un rôle important et déterminent ces répartitions.

Anesthésies générales. — En troisième lieu, quoique ce soit certainement moins fréquent, les anesthésies peuvent envahir toute la surface du corps et supprimer plus ou moins complètement telle ou telle catégorie de sensations. Il faut faire ici une remarque importante qui s'appliquait déjà aux faits précédents, mais qui maintenant devient bien plus frappante. Cette anesthésie

1. Briquet, *op. cit.*, 281.
2. Féré, Notes pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie. *Archives de neurologie*, 1882, 282.

peut être complète et générale sans produire de perturbations bien notables, ni *objectivement*, ni *subjectivement*, dans les sentiments que le sujet peut éprouver.

Examinons d'abord les faits d'une manière en quelque sorte *objective*, en étudiant l'aspect extérieur des membres anesthésiés. Sans doute, il arrive quelquefois que l'anesthésie hystérique se superpose à d'autres accidents, des spasmes, des paralysies, des œdèmes, des atrophies même, comme cela a été étudié récemment[1]. Quelquefois elle s'accompagne d'un certain spasme des vaisseaux sanguins; en effet, M. Charcot[2] a souvent remarqué autrefois un phénomène qui a été depuis analysé avec soin par M. Pitres[3]. C'est l'absence d'hémorragie notable et le peu de réaction de la peau anesthésique après des piqûres qui produisent du côté sensible de la rougeur et une goutte de sang. J'ai été frappé de ce phénomène en examinant une malade, Berthe; je lui avais fait des piqûres d'épingle sur tout le front pour voir où s'arrêtait l'anesthésie. Je fus fort étonné de la rencontrer quelques minutes après avec un singulier aspect : toute la moitié droite du front était parsemée de tâches rouges peu étendues, mais très nettes, tandis que la moitié gauche était restée absolument blanche. On observe aussi quelquefois certaines modifications dans les fonctions d'élimination : j'ai vu des hystériques qui n'avaient plus de sueur du côté anesthésique, ou qui inversement suaient de ce côté d'une manière exagérée. Une observation singulière, qui aurait, je crois, besoin d'être vérifiée, m'a été obligeamment communiquée par M. Tixeron, préparateur au laboratoire de l'hôpital Necker. Une jeune

1. Babinski. De l'atrophie musculaire dans les paralysies hystériques. *Archives de neurologie*, 1886, I. — Dutil et Gilles de la Tourette, Contribution à l'étude des troubles trophiques dans l'hystérie. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1889, 250.
2. Charcot, *Mal. du syst. nerveux*, 1884, t. I, p. 303.
3. Pitres, *op. cit.*, I, 76.

femme, anesthésique du côté droit, prenait depuis quelque temps des pilules de nitrate d'argent. On lui fit prendre un bain de Barèges, à la suite duquel elle eut toute la peau du côté droit fortement colorée en brun, tandis que la peau du côté gauche était restée blanche. Enfin, M. Vigouroux nous a enseigné que, dans certains cas, la résistance électrique était fortement augmentée du côté anesthésié. Nous n'avons pas à examiner dans cet ouvrage ces modifications physiologiques, qui devraient être étudiées avec plus de soin. Notons seulement que l'anesthésie peut se superposer à un certain nombre d'autres accidents. Quelle que soit l'importance de ces remarques dans quelques cas spéciaux, il n'en reste pas moins vrai que bien souvent, et peut-être dans la majorité des cas, l'anesthésie peut exister sans amener avec elle aucune de ces perturbations physiologiques. Elle se présente d'une manière très nette, sans qu'il y ait une différence de température appréciable entre la main sensible et la main insensible, sans qu'il y ait aucun trouble dans la coloration de la peau, dans la production de la sueur, dans la circulation, en un mot, ni dans la nutrition des parties[1].

Quand l'insensibilité siège sur une région dont l'attouchement ou le choc est ordinairement le point de départ d'un mouvement, ce réflexe n'est ordinairement pas altéré. Pour la majorité des réflexes, il n'y a pas lieu de discuter : le réflexe patellaire, le réflexe crémastérien, le réflexe abdominal de Rosenbach, les réflexes vasculaires et sécrétoires, les réflexes des organes érectiles et même les réflexes cardiaques et respiratoires succédant aux excitations cutanées nous ont toujours semblé parfaitement conservés[2]. Si l'on constate quelquefois une diminution, il ne faut pas

1. Discussion très complète de ce point important. Pitres, *op. cit.*, I, 75.
2. Cf. Pitres, *op. cit.*, I, 72.

oublier que ces réflexes peuvent être diminués même chez l'homme normal. Je crois aussi, avec M. Parinaud, que les réflexes papillaires restent presque toujours intacts, même quand il y a une amaurose complète, de nature hystérique bien entendu. Si je mets une restriction, c'est que Briquet parle de pupilles larges et dilatées [1] et que M. Kœnig m'a dit récemment avoir vu une amaurose, qui semble bien hystérique, avec dilatation permanente de la pupille. Il se peut qu'ici l'amaurose se superpose à un autre trouble moteur, mais cela est certainement très rare. M. Pitres a signalé un autre réflexe pupillaire bien intéressant, qui se conserve très bien malgré l'anesthésie, « la pupille se dilate lorsque l'on vient à piquer ou à pincer fortement des parties anesthésiées du tégument, bien que les malades ne ressentent aucune impression douloureuse [2] ». J'ai répété l'expérience de M. Pitres sur beaucoup de malades et j'ai constaté le même résultat.

D'autre réflexes au contraire soulèvent une question plus difficile : ce sont des réflexes très souvent altérés ou supprimés dans l'anesthésie hystérique, la secousse et la grimace que l'on fait d'ordinaire quand on nous pince ou qu'on nous brûle subitement, le réflexe consécutif au chatouillement soit de la plante des pieds, soit des flancs, le réflexe nauséeux après titillation du pharynx, le réflexe palpébral après attouchement de la conjonctive, etc. Ces réflexes, il faut le constater, sont très souvent absents. Je crois que ce sont des réflexes particuliers que l'on pourrait appeler sensitifs, parce qu'ils dépendent non d'une sensation précise, mais d'une émotion générale, la douleur. Nous y reviendrons à la fin de ce chapitre quand nous parlerons plus spécialement du sentiment de la douleur.

Une anesthésie peut aussi être la cause de troubles

1. Briquet, *op. cit.*, 294.
2. Pitres, *op. cit.*, I, 73,

physiologiques d'une manière simplement indirecte, parce que le sujet ne prend plus les précautions suffisantes pour garantir des membres qu'il ne sent plus. Chez les animaux, les membres rendus insensibles par la section d'un nerf sont souvent contusionnés et déchirés. On sait comment se présentent les malades atteints de cette affection intéressante et récemment décrite, la syringomyélie. Ils ont des traces de brûlures aux doigts et se plaignent de se brûler à chaque instant sans le sentir. J'ai constaté deux fois un accident semblable chez des hystériques, mais cela ne se produit que dans des circonstances spéciales et tout à fait exceptionnelles; en général, on ne leur voit ni contusions ni brûlures sur des membres qui n'ont cependant ni sensibilité à la douleur, ni sensibilité à la chaleur. Cette anesthésie n'empêche donc pas le malade de se protéger contre les accidents divers.

Cette absence relative de troubles objectifs s'accompagne le plus souvent d'un symptôme *subjectif* des plus importants. Cette anesthésie n'est pas appréciée par le sujet, elle lui est indifférente et passe le plus souvent inaperçue. Quelquefois on entend un malade dire : « Je touchais mon front et c'était comme le front d'une autre personne, comme si je touchais une table. » Mais cette déclaration est excessivement rare, elle se rencontre chez des malades qui ont étudié leur maladie et entendu parler de leurs symptômes. Quand on observe une hystérique pour la première fois, ou bien quand on étudie des malades venant de la campagne et n'ayant pas été examinées par des spécialistes, on constate, ainsi que je l'ai fait souvent, qu'elles portent, sans en souffrir et sans s'en douter, les anesthésies les plus profondes et les plus étendues. Lasègue, qui a analysé avec grand soin beaucoup de caractères moraux de l'hystérie, a souvent signalé cette ignorance des malades[1]. M. Char-

1. Lasègue, Archives gén. de méd. 1864 : *Études médicales*, II, 30.

cot insistait souvent sur ce point et montrait que beaucoup de malades sont très surprises quand on leur révèle leur insensibilité[1]. Tous les auteurs plus récents sont aussi d'accord sur ce point[2]. Il est loin d'en être ainsi pour les anesthésies de causes organiques. On connaît ce symptôme particulier du tabes que M. Charcot a été l'un des premiers à décrire et qu'il a appelé le masque tabétique. Les malades perdent la sensibilité d'une partie plus ou moins étendue de la face, mais ils s'en rendent compte subjectivement et déclarent éprouver à ce propos un sentiment horrible. Que l'on demande aux hystériques qui ont de l'anesthésie de la face et qui sont légion, si elles éprouvent une sensation horrible, et elles vous répondront toutes que cela leur est bien égal.

Pour préciser cette différence importante entre l'anesthésie hystérique et l'anesthésie de cause organique, il ne sera pas mauvais, je crois, de raconter une petite anecdote. Je ne l'ai pas recueillie moi-même, mais elle m'a été rapportée par mon frère, le docteur Jules Janet. Quand il était interne à la Pitié, chez M. le docteur Polaillon, il eut l'occasion d'observer le cas suivant. Une jeune fille d'une vingtaine d'années avait été victime d'un accident assez grave : elle était tombée au travers d'une porte vitrée et si malheureusment qu'un morceau de verre lui fit une profonde entaille à la face inférieure du poignet droit, juste au-dessous de l'éminence thénar. On arrêta l'hémorragie et la plaie se cicatrisait tant bien que mal, quand la jeune fille, peu de jours après l'accident, se présentait à la consultation. Elle éprouvait un certain engourdissement dans la main droite, mais la paralysie n'était pas manifeste. Elle se plaignait surtout d'une insensibilité persistante et des plus gênantes siégeant à la paume de la main : cette anesthésie faible aux doigts était en effet complète

1. Charcot, *Mal. syst. nerv.*, I, 305.
2. Pitres, *op. cit.*, I, 74. — Gilles de la Tourette, *op. cit.*, 161.

au niveau de l'éminence thénar. Il s'agissait évidemment d'une section plus ou moins complète du médian et surtout de ses filets superficiels. Mais en prenant l'observation de la malade, on fit une singulière découverte : c'était une hystérique et elle avait sur tout le côté gauche, du haut en bas, une anesthésie complète dont elle n'avait pas dit un mot. Le médecin se moqua d'elle et lui dit : « Comment, Mademoiselle, venez-vous gémir pour une insensibilité qui occupe une toute petite région de la paume de la main droite, tandis que vous ne vous apercevez même pas que vous ne sentez absolument rien sur tout le côté gauche? » La pauvre fille fut interloquée et très honteuse; à mon avis elle aurait pu répondre avec plus d'assurance et dire au médecin : « Que voulez-vous? Je constate ce que j'éprouve; mon insensibilité de la paume de la main droite me gêne et mon insensibilité de tout le côté gauche ne m'a jamais gênée. Quant à vous, médecin, expliquez cela comme vous pourrez. »

La même remarque peut se faire, je crois, pour tous les sens, même pour le sens visuel. Il est une maladie bien connue des oculistes, la rétinite pigmentaire, qui consiste en une sclérose de la rétine, progressive et marchant de la périphérie vers le centre. Naturellement une lésion pareille produit un rétrécissement progressif et concentrique du champ visuel. Mais ces malades sont extrêmement malheureux; ils arrivent à peine à se conduire dans la rue et font de perpétuels efforts pour remuer dans tous les sens leur œil dont le champ visuel est rétréci. Est-ce que les hystériques ont des souffrances? Compensent-elles leur rétrécissement par des convulsions du globe oculaire? Au contraire, j'ai vu souvent des jeunes filles ayant aux deux yeux le champ visuel réduit à 5° c'est-à-dire tout à fait punctiforme, jouer au ballon dans la cour comme des personnes normales. Elles suivent un ballon dans l'air et le rattrapent au vol, tandis qu'un malade atteint de rétinite pigmentaire

à peine à se guider dans la rue avec un rétrécissement de 15°.

L'anesthésie hystérique a donc, dans toutes ses formes, des caractères qui lui sont propres. Dans sa répartition systématisée ou localisée, elle dépend des idées du sujet beaucoup plus que de la construction anatomique des organes. Même lorsqu'elle est générale, elle modifie très peu et le plus souvent aucunement le fonctionnement physiologique des membres. Elle est absolument indifférente au malade qui l'ignore même, avant qu'on ne la lui ait signalée. Déjà maintenant cette insensibilité nous semble bien distincte des anesthésies de cause organique.

§ 2. — LE PROBLÈME DE L'ANESTHÉSIE

Aussitôt que l'anesthésie hystérique fut bien constatée et que son importance fut reconnue, surtout depuis les leçons de M. Charcot, on s'occupa de tous côtés d'analyser ses caractères et de déterminer sa nature. Les observateurs rencontrèrent rapidement de très grandes difficultés et s'aperçurent que l'anesthésie hystérique, si nette au premier abord semblait se transformer, et se dérober dès qu'on voulait l'étudier avec précision. Lasègue, qui avait entrevu la nature véritable de ce phénomène, insiste à plusieurs reprises pour montrer combien cette insensibilité est singulière; il veut qu'on la sépare nettement des insensibilités dues à des lésions nerveuses et il va jusqu'à en faire une sorte d'aliénation mentale. « J'inclinerais volontiers à croire, dit-il, que l'hystérique est, sous une autre forme et à un autre degré, dans une condition mentale analogue (à celle du paralytique général) qui explique également son indifférence [1]. » Examinons les faits qui vont nous amener peu à peu à une opinion du même genre.

1. Lasègue, Anesthésie et ataxie hystériques, *Archives générales de médecine*, 1864. *Études médicales*, 1884, II, 32.

Ordinairement une anesthésie est due à une lésion plus ou moins grave du système nerveux; il en résulte qu'elle est le plus souvent définitive, ou, en tous cas, ne disparaît que très lentement à mesure que s'effectue la réparation des organes. Or il n'en est pas ainsi de l'anesthésie hystérique dont un des premiers caractères est *la mobilité*.

Mobilité des anesthésies. — Certainement quelques malades gardent leurs stigmates toute leur vie : « Aurél. est encore hémianesthésique à 75 ans; Ler. a gardé une hémianesthésie et un rétrécissement du champ visuel pendant 40 ans[1]. » Nous aurons à tenir compte de ces cas; mais, le plus souvent et peut-être même chez ces malades, sans qu'on l'ait observé, l'anesthésie se modifie et disparaît tout d'un coup pendant des périodes plus ou moins longues[2]. « Elle varie d'un instant à l'autre, dit M. Féré, sous l'influence de causes tellement légères qu'elles peuvent passer inaperçues[3]. » Quoique rapides, quelques-uns de ces changements peuvent cependant être étudiés et on peut noter au moins quelques-unes des circonstances dans lesquelles ils s'effectuent le plus souvent.

1° Les attaques modifient considérablement la répartition de la sensibilité. Beaucoup d'auteurs ont constaté que les anesthésies augmentent souvent dans les moments qui précèdent l'attaque[4]; par exemple, Marguerite, qui d'ordinaire est hémianesthésique droite, champ visuel à droite 60°, à gauche 30°, devient, pendant les heures qui précèdent l'attaque, anesthésique totale, champ visuel à droite et à gauche 25°. Je signale un cas beaucoup plus rare, c'est le phénomène inverse : Célestine, ordinairement anesthésique totale, champ

1. Gilles de la Tourette, *op. cit.*, 203.
2. Ch. Richet, *Recherches sur la sensibilité*, 1877, 276.
3. Féré, L'énergie et la vitesse des mouvements volontaires. *Revue philosophique*, 1889, II, 37.
4. Paul Richer, *Études cliniques sur la grande hystérie*, 1885, 23. — Gilles de la Tourette, *op. cit.*, 206.

visuel 10° des deux côtés, retrouve quelquefois pendant une sorte d'excitation qui dure une demi-heure avant l'attaque, la sensibilité complète.

Pendant l'attaque elle-même, quand on peut obtenir quelques signes intelligents (nous verrons que c'est en général possible), la sensibilité se modifie; souvent, comme cela arrive chez Berthe, elle se rétablit complètement. Après l'attaque, beaucoup de malades, comme Marguerite, reviennent à leur état habituel; d'autres ont pendant quelque temps des anesthésies plus étendues qu'à l'ordinaire. Berthe, d'ordinaire hémianesthésique gauche, champ visuel 5° des deux côtés, reste, après l'attaque, anesthésique totale et quelquefois complètement aveugle pendant plusieurs heures.

2° Pendant le sommeil naturel de la nuit, l'anesthésie tactile disparaît souvent. On comprend que le fait soit assez difficile à vérifier : il faut surprendre les malades la nuit et avec toutes sortes de précautions pour ne pas les réveiller, il faut les pincer du côté anesthésique; elles gémissent, se retournent, se plaignent en rêvant, ou se réveillent brusquement, absolument comme ferait une personne normale. Jules Janet, quand il était interne chez M. Dumontpallier, a vérifié ce fait à plusieurs reprises chez deux malades dont il m'a communiqué l'observation. J'ai fait constater le fait sur plusieurs personnes, en particulier sur Berthe et sur Isabelle. Mon ami M. Dutil a bien voulu faire pour moi une vérification de ce fait sur une hystérique, G., hémianesthésique gauche. Pincée à gauche pendant son sommeil naturel, elle gémit et rêve tout haut : « Tu me pinces... c'est bête... etc. »

3° Pendant certaines intoxications qui provoquent une excitation passagère ou qui amènent des états analogues au sommeil, l'insensibilité s'efface plus ou moins complètement. Vel., anesthésique totale, devient entièrement sensible quand elle estivre. L'ivresse d'ailleurs produit chez elle bien d'autres phénomsnes dont nous par-

lerons plus loin. Le sommeil chloroformique, dans la période d'excitation, fait disparaître souvent les stigmates; le fait a été bien décrit par Jules Janet[1]. « Parmi les conséquences les plus paradoxales de l'usage hypodermique de la morphine, dit M. Ball, il faut citer le rétablissement de la sensibilité cutanée chez les sujets qui l'ont perdue... Une hystérique morphinée à la dose de 8 centigrammes par jour vit ses douleurs disparaître et sa sensibilité normale se réveiller. L'abstinence ramena les symptômes hystériques[2]. » Le même fait a été décrit par M. Jules Voisin[3]. Je n'ai pas vu la disparition complète, mais la diminution de l'anesthésie et l'élargissement du champ visuel chez les hystériques qui se morphinaient, quelque temps après l'injection. Bien d'autres excitations doivent avoir des effets analogues.

4° Ce qui a fait surtout l'objet de mes anciens travaux, ce sont les nombreuses modifications de la sensibilité pendant les états de somnambulisme provoqué. J'examinerai plus tard les modifications délicates, je ne signale ici que les plus grossières. Certains sujets, ce sont les plus rares, recouvrent subitement et complètement toutes leurs sensibilités dès qu'ils sont dans l'état second. Le fait a été déjà quelquefois signalé dans les anciennes descriptions des magnétiseurs; il est surtout bien net dans l'observation si remarquable d'Estelle qui fait le fond de l'ouvrage du docteur Despine (d'Aix). Estelle avait les jambes paralysées et complètement anesthésiées, en outre; elle présentait bien des points hyperesthésiques sur le tronc. « Dites à notre ami M. le docteur de Castella, écrivait Despine[4], que la sensibilité est en crise (en somnambulisme) partout comme elle

1. Jules Janet, *Bulletin médical*, 1889.
2. Ball, *La morphinomanie*, 1885, 20...38.
3. Jules Voisin, *Communication à la Société méd. des hôp.*, mai, 1890.
4. Despine (d'Aix), *Emploi du magnétisme dans le traitement des maladies nerveuses*, 1840, 195.

était dans l'état primitif de santé : qu'après les crises, la paralysie et l'excessive sensibilité du dos et de la poitrine reparaissent. » J'ai constaté bien souvent ces mêmes faits dès le début de mes recherches, avant d'avoir lu les observations si intéressantes des magnétiseurs. On peut, parmi plusieurs malades, citer comme exemples Berthe et Isabelle (anesthésie gauche, rétrécissement énorme du champ visuel avec amaurose unilatérale chez la seconde). Dès qu'elles sont en état de somnambulisme provoqué, elles sentent tous les contacts des deux côtés et ont un champ visuel de 90°.

Quelquefois les sujets ont pendant le somnambulisme une anesthésie en apparence générale; mais il suffit de la plus légère excitation qui appelle un peu leur attention sur la sensibilité tactile pour que cette anesthésie disparaisse[1], même sur les régions qui restaient anesthésiques pendant la veille malgré les suggestions. Les choses se passaient ainsi dans l'observation de Fernande que m'a obligeamment communiquée M. P. Carpentier.

Plus souvent cette restauration de la sensibilité se fait lentement, et ne devient nette que lorsque l'état s'est prolongé assez longtemps. Maria, par exemple, est de plus en plus sensible et prend un champ visuel de plus en plus large quand on la laisse hypnotisée longtemps; elle n'arrive pas tout à fait au champ visuel normal.

D'autres enfin ont un somnambulisme plus compliqué qui sera décrit plus tard; elles traversent plusieurs états différents dans lesquels la sensibilité et surtout la mémoire subissent beaucoup de modifications. Ce n'est que dans l'un de ces états, souvent dans un état qui se développe après tous les autres, que les sujets recouvrent toutes leurs sensibilités. J'ai souvent décrit cet état d'après plusieurs malades, surtout d'après Lucie[2].

1. Général Noizet, *Mémoires sur le somnambulisme*, 1854. 107.
2. Anesthésie et dissociation. *Revue philosophique*, 1887, I, 467. Les actes inconscients et la mémoire pendant le somnambulisme. *Revue philosophique*, 1888, I, 269. *Autom. psych.* 1889, 105 et pass.

Jules Janet l'a constaté de nouveau et très facilement sur une hystérique célèbre, Wittm[1]. Après ces états que j'ai désignés sous le nom de somnambulismes complets, tantôt le sujet, comme Maria, conserve quelque temps une sensibilité plus étendue qu'à l'ordinaire, tantôt et le plus souvent le sujet revient complètement à son état habituel d'anesthésie.

5° La sensibilité peut se modifier même pendant la veille, sans que l'état général du sujet soit, en apparence, très transformé. Briquet a insisté sur l'action de l'électricité pour rétablir les sensibilités[2]; chez certains sujets, Rose ou Célestine, il fallait absolument recourir à ce procédé, aucun autre ne pouvant réussir. Burcq et beaucoup d'auteurs après lui ont montré que les aimants, les plaques métalliques variables selon les malades, et bien d'autres agents ont des effets analogues. Cette sensibilité surajoutée par ces procédés persiste plus ou moins longtemps et disparaît avec des oscillations.

6° L'influence de la suggestion, très puissante en générale chez les hystériques, peut suffire à rétablir momentanément les sensibilités, à rendre par exemple le bras gauche de Maria tout à fait sensible et à élargir son champ visuel[3]. Mais il faut savoir que ce phénomène est loin d'être général, que, chez plusieurs malades, la sensibilité et le champ visuel changent très peu quand on le suggère, et, au contraire, se modifient beaucoup sous l'influence de certaines excitations comme l'ivresse, ou de certains changements d'état psychologique comme le somnambulisme. Il est très probable que la suggestion ou d'autres phénomènes psychologiques interviennent dans les faits signalés au paragraphe précédent. La sensibilité de Marie se modifie facilement par l'appli-

1. Jules Janet, Hystérie et somnambulisme d'après la théorie de la double personnalité. *Revue scientifique*, 1888, I, 616.
2. Briquet, *op. cit.*, 684. — Pitres, *op. cit.*, I, 144, 151.
3. Le fait est très souvent signalé par les magnétiseurs; on le trouve aussi dans la *Neurhypnologie* de Braid, traduction 1883, 175 et dans le livre de M. Bernheim.

cation de plaques de fer; mais il faut que je les applique moi-même. Si je lui confie les plaques pour qu'elle s'en serve seule, ces plaques perdent tout leur pouvoir. Je n'affirmerais pas cependant que tous ces faits, en particulier l'action du courant électrique, soient uniquement des suggestions. Enfin ces suggestions peuvent être faites de manières différentes qui seront étudiées plus tard.

7° Beaucoup d'autres phénomènes psychologiques interviennent pour produire, modifier ou détruire l'anesthésie. Par exemple, les émotions vives, les préoccupations, les rêveries l'augmentent. L'association des idées peut, dans certains cas, la modifier : je dis à Marie qu'elle a une chenille sur la main gauche, elle crie et prétend sentir le chatouillement; à ce moment, son bras gauche est devenu entièrement sensible[1]. Mais un phénomène psychologique joue un rôle plus important que tous les autres, et son étude éclaire beaucoup ce problème : je veux parler de l'attention. Pour vérifier ce fait, il faut se rappeler, comme nous le montrerons plus tard, que l'attention est très difficile à fixer chez l'hystérique, et que beaucoup ne peuvent parvenir à la diriger. En général, on peut attirer un moment leur attention sur leur main anesthésique par un procédé quelconque. Un malade de M. Raymond[2] ne sent pas le courant électrique quand il a les yeux fermés, il accuse un chatouillement quand il voit les manœuvres. Sur la main gauche de Berthe, je fixe un pain à cacheter rouge : la voici étonnée et en contemplation devant sa main. Laissons-la un instant, puis, quand elle a la tête tournée, pinçons légèrement cette main tout à l'heure si insensible. Voici Berthe qui crie que je la pince et qui sent parfaitement. Il est vrai que cette belle sensibilité ne durera pas longtemps : j'enlève le pain à

1. *Autom. psych.* 312.
2. F. Raymond, De l'anesthésie cutanée et musculaire. *Rev. de médecine*, 1891, 389.

cacheter, et quelques minutes après elle ne sent déjà plus rien.

Tous ces phénomènes, et le dernier surtout, sont l'origine de bien des difficultés, car ils bouleversent très facilement la sensibilité que l'on voulait étudier. Ils augmentent, ils fixent l'anesthésie ou ils la suppriment; ils lui donnent un aspect extrêmement changeant qui décourage l'observateur.

Caractère contradictoire des anesthésies. — Au moins, dira-t-on, pendant que l'anesthésie existe, se présente-t-elle avec précision, est-elle toujours bien certaine, de quelque manière qu'on examine le sujet? En aucune façon, et nous avons à signaler une seconde série d'observations qui compliquent encore le problème de l'anesthésie, car elles nous la présentent non seulement comme mobile, mais comme *contradictoire*.

Lasègue avait déjà dit en 1864 que l'anesthésie hystérique avait un aspect bien étrange et qu'elle semblait être une perturbation psychologique, une sorte d'aliénation. Les études qui vinrent confirmer cette conception théorique furent d'abord des observations sur un point tout spécial, sur l'*amaurose unilatérale*. Certains malades semblent avoir totalement perdu la vision d'un œil : ils prétendent être dans l'obscurité absolue, par exemple, quand on ferme leur œil droit, en laissant l'œil gauche ouvert, et cependant on ne découvre aucune lésion, ni des milieux de l'œil ni de la rétine, et on constate l'intégrité complète des réflexes pupillaires. N'était-on pas en droit d'examiner ce symptôme avec quelque sévérité? Les médecins majors dans les régiments, très experts dans l'art de démasquer les supercheries médicales, ont appliqué aux hystériques amaurotiques les procédés qui leur servaient dans les conseils de révision. L'un de ces procédés consiste à faire regarder les sujets dans la boîte de Flees. C'est un petit instrument très ingénieux : grâce à un jeu de miroirs, le sujet qui regarde dans la boîte, en tenant

les deux yeux ouverts, voit à sa droite un objet, un pain à cacheter rouge, par exemple, qui est vu en réalité uniquement par l'œil gauche et il voit à sa gauche un pain à cacheter blanc qui est vu uniquement par l'œil droit. Supposons un simulateur non prévenu prétendant n'y pas voir de l'œil gauche, il dira qu'il ne voit pas le point qui lui apparaît à gauche; il supprimera le point blanc et ne parlera que du point rouge qui lui apparaît à droite; or, justement ce point rouge ne peut être vu que par l'œil gauche. Eh bien, montrons cette boîte à une hystérique amaurotique de l'œil gauche, elle va tomber dans l'erreur des simulateurs, comme fait Isabelle, ou bien elle verra plus naïvement encore les deux pains à cacheter, comme faisait une malade de M. Pitres[1].

Un peu plus tard, pour suivre ce qui me paraît être l'ordre historique, M. Charcot et M. Régnard ont fait connaître un ensemble d'observations sur un problème très voisin, celui de la dyschromatopsie unilatérale et bilatérale. Une malade, par exemple, ne distinguait que le rouge et ne voyait pas le vert. Cependant, si on fait tourner devant ses yeux une roue de Newton sur laquelle étaient peints des secteurs rouges et verts dans la proportion voulue, le sujet voyait se former une teinte blanc grisâtre comme si toutes les couleurs eussent produit sur lui leur effet habituel. La contre-épreuve se fait en prenant un disque réellement rouge et blanc et en le présentant à la malade à côté du disque rouge et vert. L'achromatopsique les déclare d'abord l'un et l'autre identiques. Mais, dès que le disque rouge et blanc est en mouvement, elle le déclare rouge-pâle, ce qui est la vérité, tandis que le rouge et vert lui paraît grisâtre, ce qui est également vrai. La malade, qui ne faisait pas de différence entre les deux disques au repos, et qui en cela se trompait, ne

1. Pitres, *op. cit.*, I, 102.

se trompe donc plus dès qu'ils sont en rotation. « La malade a reconstitué la lumière avec une couleur qu'elle voyait et une autre qu'elle ne voyait pas. »

Dans la même séance de la Société de biologie où cette observation très importante a été communiquée, Paul Bert demandait si les sensations de couleur en apparence disparues produisaient cependant des images consécutives et donnaient lieu aux phénomènes de contraste simultané et successif. Le fait a été depuis bien souvent vérifié, et M. Régnard lui-même a disposé l'expérience suivante. Si on demande à une hystérique achromatopsique pour le rouge de fixer pendant longtemps un carré rouge sur fond blanc, elle déclare ne voir qu'un carré gris; et cependant, au bout d'un certain temps, elle obtiendra comme image consécutive un carré vert. « Il nous semble donc logique, disait M. Régnard, de croire que la rétine dans l'achromatopsie hystérique est saine et que le défaut physiologique qui cause l'erreur visuelle est plus loin dans le centre perceptif. Quand la vibration verte arrive à ce centre, elle n'est pas jugée, mais elle agit néanmoins; et la preuve, c'est qu'ajoutée à la vibration rouge elle donne la perception du blanc, et qu'elle produit l'image consécutive verte. » M. Charcot déclarait aussi que, d'après lui, une achromatopsie de ce genre était un phénomène purement cérébral[1].

Nous arrivons aux expériences nombreuses et précises de M. Parinaud sur l'amaurose unilatérale[2]. Celle-ci peut servir d'exemple : « Soit, dit-il, une hémianesthésique atteinte de cécité monoculaire pour une couleur. Un papier vert est vu gris de l'œil gauche amblyope et vert de l'œil droit qui est sain. Si l'on

1. *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 26 janvier 1878, p. 32.

2. Cf. Thèse d'agrégation de M. Grenier : *Des localisations dans les maladies nerveuses*, 1886.— M. Parinaud : *Anesthésie de la rétine*, etc. *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, 1886, et du même auteur: *Sur une forme rare d'amblyopie hystéro-traumatique*, *Bulletin médical*, 1889, p. 777.

place sur l'œil sain un prisme qui fasse voir deux images du papier, au lieu d'être l'une verte, l'autre grise, comme on s'y attend, les deux images sont vertes. » Dans d'autres cas, un sujet amaurotique de l'œil gauche voit cependant deux images colorées si on place le prisme devant son œil malade. De ces expériences et d'autres semblables, M. Parinaud concluait qu'il y a deux mécanismes différents, l'un pour la vision unilatérale, l'autre pour la vision bilatérale, et que, dans l'hystérie, la première seule est atteinte tandis que l'autre subsiste intacte. M. Pitres, qui a répété et varié ces expériences d'une manière intéressante[1] arrive à la même conclusion qui nous paraît juste mais un peu incomplète, M. Bernheim, en 1887[2], a reproduit les expériences de M. Parinaud et a constaté le même résultat matériel; mais il l'interprète autrement et en fait un phénomène de suggestion. « L'image visuelle perçue, l'hystérique la neutralise inconsciemment avec son imagination. » Comme on le verra dans tout cet ouvrage, et particulièrement dans le dernier chapitre, les stigmates ne nous semblent pas être ainsi des phénomènes d'inhibition, mais bien plutôt avoir la signification de phénomènes d'épuisement. Ne retenons pour le moment qu'une seule chose, c'est que ces faits nouveaux confirment l'opinion de M. Régnard, et la pensée plus ancienne de Lasègue sur la nature psychique ou sur l'origine corticale de ces phénomènes[3].

Si l'amaurose unilatérale présente ces problèmes embarrassants, il en est de même pour toutes les anesthésies. Il y a déjà plusieurs années, je fis la remarque

1. Pitres, *op. cit.*, I, 103.
2. Bernheim, *Revue de l'hypnotisme*, 1887, 68.
3. A cette même date, j'ai publié dans la *Revue philosophique*, 1887, I, 460, l'observation d'une hystérique totalement anesthésique, chez laquelle on pouvait cependant mettre en évidence la conservation à l'état latent ou subconscient de toutes les sensibilités. Il est impossible de suivre ici jusqu'au bout l'ordre historique des publications sur la nature psychique de l'anesthésie : Cet ordre compliquerait inutilement l'exposé du problème.

suivante sur une malade du service de M. Powilewicz à l'hopital du Havre. Elle était atteinte de paraplégie hystérique et présentait un état d'anesthésie totale. Je lui électrisais les jambes et je remarquais les fortes contractions musculaires à chaque contact de l'électrode négative, quand tout à coup je m'aperçus que les deux fils qui rattachaient les tampons à l'appareil étaient tombés. Peut-être depuis longtemps, je l'électrisais avec de simples morceaux de bois. Je continuai sans rattacher les fils aux bornes et les contractions se produisirent de plus belle au simple contact du tampon. Ce n'est pas là, dira-t-on, une chose bien merveilleuse, il y a là une sorte d'habitude, une suggestion qui s'exécute. C'est bien aussi mon avis, mais comment cette malade, qui avait toute la peau du corps absolument insensible et la tête bien tournée de l'autre côté, pouvait-elle sentir le moment où mon tampon touchait ses jambes pour produire un mouvement à ce moment et seulement à ce moment? Tous les jours, on peut éprouver un embarras semblable; je propose à Isabelle une petite convention pour vérifier rapidement son anesthésie : elle doit me répondre « oui » quand elle sent et « non » quand elle ne sent pas. Comme elle est fort naïve, elle accepte sans sourciller, et l'on constate alors une singulière contradiction :quoique elle ait les yeux soigneusement cachés par un écran, quoique j'évite toute espèce de rhythme et pince plusieurs fois irrégulièrement un même côté avant de passer à l'autre, elle ne se trompe jamais et dit toujours « oui » quand je la pince à droite et « non » quand je la pince à gauche. La même expérience répétée sur un homme, Pasq, donne exactement le même résultat, jusqu'à ce qu'il s'aperçoive de la bizarrerie de ses réponses et qu'il cherche à répondre avec attention. Il cesse alors, mais alors seulement, de dire « non » quand on pince son côté anesthésique.

Voici une autre observation qui porte non plus sur les

sensations tactiles mais sur les sensations musculaires. Une jeune femme de 22 ans, que j'ai souvent décrite sous le nom de Lucie, prenait pendant ses attaques certaines poses cataleptiques. Pendant près d'une heure elle restait les yeux ouverts, fixés du côté de la fenêtre et gardait les bras en l'air dans la posture de la terreur. Pour le moment, il ne faut insister que sur un seul détail de cette attaque : j'avais remarqué que, pendant la veille la plus normale, il suffisait de lui lever les deux bras et de les placer dans la posture de terreur qu'ils prenaient pendant la crise pour provoquer aussitôt une attaque. Rien de plus simple et de plus connu, dira-t-on, vous éveillez par la notion de la position des bras l'idée principale de l'attaque et le reste se déroule. C'est vrai, mais il y a un petit détail : Lucie était anesthésique de tout le corps et ne présentait plus nulle part aucune trace du sens musculaire. Comme cela arrive souvent dans ce cas, elle tombait brusquement dès qu'on lui fermait les yeux. Or, j'ai souvent pris la précaution de lui fermer les yeux avant de déplacer les bras et la crise n'en commençait pas moins, dès que les membres avaient la position voulue. Comment donc la notion de cette position a-t-elle été appréciée par un sujet aussi insensible?

Le procédé précédent qui consiste à provoquer la crise d'hystérie, au moyen de ces sensations qui semblent disparues de l'esprit du sujet, m'a permis de constater la même difficulté à propos d'un autre symptôme très important, le rétrécissement du champ visuel. Georges, un jeune homme de seize ans, avait eu sa première attaque d'hystérie à la suite d'une forte frayeur qu'il avait éprouvée pendant un incendie. Il reproduisait cet épisode à chacune de ces attaques, criait « au feu », appelait les pompiers, se débattait dans les flammes. En outre, il suffisait, quand il était bien calme, de ui parler d'incendie et surtout de lui

montrer une petite flamme pour provoquer aussitôt le retour de l'attaque. Un jour, je le plaçai en face du périmètre, comme pour lui mesurer le champ visuel, je lui fis fermer l'œil droit et fixer avec l'autre œil le point central. Il s'attendait à voir avancer sur l'arc de cercle noirci un morceau de papier comme il l'avait vu souvent. Mais je tenais soigneusement cachée derrière son dos une allumette enflammée et je l'approchai doucement de l'extrémité de l'arc. L'allumette était à peine vers le degré 80 que le malade poussa un grand cri « au feu » et se renversa en convulsions. Rien d'étonnant, sans doute, puisque j'ai dit que la vue d'une flamme amenait la crise. Mais ici encore une question obscure, le malade avait du côté gauche, ainsi qu'on l'avait mesuré plusieurs fois, le champ visuel rétréci à 30°, au maximum 35°, et mon allumette étant à 80° se trouvait évidemment placée dans la partie du champ visuel qui était invisible, son image se projetait sur la partie anesthésique de la rétine. Cette expérience, légèrement modifiée, se répète sans difficulté avec Berthe qui a pourtant des deux côtés le champ visuel rétréci à 5°. Je l'ai habituée à s'endormir quand elle voit mon doigt levé devant elle ; c'est une de ces suggestions à point de repère qui sont bien connues. Eh bien, je la place au périmètre, l'œil droit fermé et l'œil gauche fixé sur le point central ; j'avance lentement mon doigt sur l'arc de cercle, il n'est pas encore au degré 80 que Berthe est déjà tombée en arrière hypnotisée[1] (fig. 1, p. 34).

Les expériences précédentes ont été ingénieusement reproduites à Bordeaux par M. Laurent : « Joséphine S., dit-il, est une jeune fille de dix-neuf ans qui est devenue hystérique pour avoir eu peur d'une souris pendant qu'elle allait chercher du bois dans une cave. Depuis lors, la vue d'une souris empaillée la fait tomber invariable-

1. *Archives de neurologie.* Mai 1892.

ment en catalepsie. Avec le concours de M. Sabrazès, nous mesurons son champ visuel et nous nous assurons que son aire ne dépasse pas 20°. Cela fait, la malade fixant toujours le point central du campimètre, nous approchons du tableau une souris empaillée, et la malade tombe en catalepsie quand l'animal arrive entre le

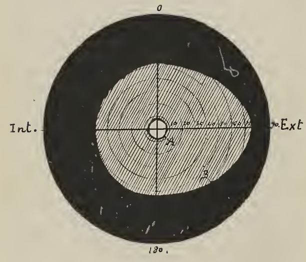


Fig. 1.

Champ visuel de Berthe, œil gauche. A, Limite du champ visuel conscient dans lequel le sujet perçoit la vision de l'index. B, Limite du champ visuel subconscient, à l'intérieur duquel il suffit de placer le doigt pour que le sujet s'endorme.

50e et le 55e degré, bien au delà par conséquent de l'aire des perceptions nettes et conscientes[1]. »

Tous ces faits, et un très grand nombre d'autres que l'on pourrait accumuler, sont bien faits pour troubler l'observateur; ils nous montrent que l'anesthésie hysté-

1. L. Laurent, De l'état mental des hystériques d'après les théories psychologiques actuelles. *Archives cliniques de Bordeaux*, septembre 1892.

rique non seulement change d'un moment à l'autre, mais encore, pendant le même instant, varie et se manifeste par des phénomènes contradictoires, suivant la façon dont on interroge le sujet.

§ 3. — TENTATIVE D'INTERPRÉTATION

Il n'est guère possible d'expliquer jamais complètement quelque chose. On doit se contenter de ramener un problème à un autre plus général. Je n'ai jamais eu la prétention d'expliquer l'anesthésie hystérique et je ne puis même pas, dans ce premier chapitre, discuter les relations de l'anesthésie avec la suggestion et les idées fixes, puisque je n'ai pas encore étudié ces phénomènes ni leurs conditions. Il faut se contenter de réunir les faits en apparence contradictoires que l'on a recueillis et de les ramener à une formule simple qui ne les explique pas, mais qui les contienne, quitte à la reprendre plus tard et à l'expliquer un peu, si c'est possible, en la rapprochant des autres faits. Nous devons nous borner à chercher maintenant une semblable formule.

Une première interprétation des faits doit être rapidement écartée. L'anesthésie des hystériques est extrêmement mobile et contradictoire : ces malades prétendent ne pas sentir et, par des artifices très simples, on prouve qu'elles sentent parfaitement. Donc leur insensibilité est simulée et nos procédés ne sont que des moyens de tromper un trompeur et de démasquer une supercherie. Ce résumé des faits est, à mon avis, tout à fait grossier et insuffisant. Les hystériques ont-elles un intérêt quelconque à simuler l'anesthésie pour le seul plaisir de se faire traverser le bras avec des aiguilles? Ces jeunes filles passent-elles au conseil de revision pour simuler l'amaurose unilatérale? Comment, dans tous les pays civilisés, les hystériques se sont-ils entendus pour simuler la même chose depuis le moyen

âge jusqu'à aujourd'hui? Si les hystériques simulaient, se laisseraient-ils prendre à des pièges aussi grossiers que ceux qui leur sont tendus? Enfin, est-ce qu'ils sont venus se vanter de leurs anesthésies? Mais tous les auteurs ont constaté que ces malades les ignorent. C'est nous qui les leur révélons et ils pourraient nous dire : « Si vous n'êtes pas content de notre insensibilité, n'en parlez pas, ce n'est pas nous qui vous l'avons signalée et nous ne tenons pas à passer pour insensibles. »

Il faut sortir de ces explications grossières, et puisque l'anesthésie se présente à nous comme un fait psychologique, il faut chercher, parmi le peu de notions que la psychologie nous a fournies, celle qui résume le mieux des faits de ce genre. Je suis heureux de mettre sous le patronage de Lasègue une opinion que je soutiens depuis plusieurs années : L'anesthésie hystérique est une certaine espèce de *distraction* : « Un individu, disait Lasègue en 1864, distrait par une forte préoccupation, ne perçoit pas des sensations que, dans une autre situation d'esprit, il eût à peine tolérées... Il est probable que les hystériques, dont l'état moral offre tant d'autres singularités, acquièrent également par le fait de la maladie une sorte de paresse qui les rend moins propres à percevoir certaines modalités psychiques[1]. » La distraction, en effet, même chez l'homme normal, produit des phénomènes équivalents à ceux de l'anesthésie hystérique : elle nous empêche de sentir le chapeau que nous avons sur la tête ou de voir le parapluie que nous tenons à la main. Dans les cas les plus forts, c'est à cause d'elle que le soldat blessé au milieu de l'ardeur de la bataille ne sent pas la douleur de sa blessure. L'insensibilité ainsi produite est, elle aussi, mobile et contradictoire, car elle disparaît dès que nous changeons la direction de notre

1. Lasègue, *Anesthésie et ataxie hystériques*, 1864. Études médicales, II, 32.

attention, et elle laisse subsister des mouvements adaptés et intelligents : l'homme distrait tient ferme son parapluie et ne le laisse pas tomber, quoiqu'il le cherche partout. Or, la distraction est énorme chez les hystériques, comme nous le verrons de plus en plus, et nous constatons sous nos yeux qu'elle peut faire naître des insensibilités momentanées, qui auront tous les caractères des stigmates ordinaires. Certaines hystériques, comme Dec., sont incapables de sentir deux sensations à la fois, dès qu'elles en perçoivent une, elles sont distraites et ne sentent plus l'autre. Berthe, ordinairement sensible du côté droit, ne sent plus que je la pique avec une aiguille pendant qu'elle est occupée à regarder un chien qui passe ou pendant qu'elle parle du bal de la Salpêtrière. Les hystériques obsédées de temps en temps par des idées fixes, comme cela se rencontre si souvent, deviennent bien plus anesthésiques qu'à l'ordinaire au moment de leurs obsessions, et je puis deviner que Justine ou Maria ont leurs idées fixes rien qu'en prenant leur champ visuel. Aussi, sans prétendre que cela résolve le problème, je crois que l'on a une première approximation de la vérité dans cette formule : l'anesthésie des hystériques est une distraction.

Mais ce n'est qu'une première approximation : en rester là serait tomber dans cette grande erreur qui consiste à confondre les phénomènes pathologiques avec les phénomènes normaux, simplement à cause de leurs analogies inévitables. L'anesthésie n'est certainement pas une distraction ordinaire : elle a beaucoup plus de netteté et de durée, elle est loin de disparaître aussi facilement dès que le sujet le désire, et surtout elle se produit sans qu'il y ait d'idées fixes ou d'objets qui attirent ailleurs l'attention des malades. Il nous faut, pour comprendre cette métamorphose, examiner avec plus de soin la nature de la distraction elle-même et surtout la nature de la sensation, telle que les recherches psychologiques peuvent l'expliquer.

Le phénomène de la sensation a été défini d'une manière fort vague : la plupart des psychologues admettent d'une façon plus ou moins explicite des définitions analogues à celle de Wundt : « Les sensations sont des états de conscience primitifs qu'il est impossible de décomposer en phénomènes plus simples [1] ». En un mot, les sensations seraient en psychologie ce que sont les atomes en chimie, et cette notion semble d'une manière générale assez satisfaisante. Mais immédiatement, la plupart des psychologues ajoutent une autre formule pour compléter et préciser la première. « La sensation, disent-ils, c'est le phénomène qui se passe en *moi* quand je puis dire « *je* sens, *je* vois [2]. » Cette seconde définition, loin d'éclaircir la première, nous semble en complète contradiction avec elle. Les mots « *je vois*, *je sens* », loin de pouvoir s'appliquer à un phénomène simple, désignent, au contraire, un phénomène fort complexe. L'un des deux mots que contiennent ces expressions « *sentir*, *voir* » peut, à la rigueur, s'appliquer à un phénomène simple, à un atome psychologique. Un physiologiste Herzen disait que l'on peut comparer le cerveau à une vaste salle remplie d'une quantité innombrable de petits becs de gaz. De temps en temps, certaines petites lampes s'allumeraient de côté et d'autre, c'est là ce que désigne ce mot isolé « *sentir*, *voir* [3] ». Mais il est loin d'en être ainsi pour les mots « *je*, *moi* », ce sont des termes énormément complexes. C'est l'idée de la personnalité, c'est-à-dire la réunion des sensations présentes, le souvenir de toutes les impressions passées, l'imagi-

1. Wundt, *Psychologie physiologique*. Traduct., 1886, I, 305.
2. Sur ces discussions psychologiques, cf. *Autom. psych.*, 39 et sq.
3. Herzen, *Le cerveau et l'activité cérébrale*, 1887, 216. Cette comparaison curieuse avait déjà été faite auparavant : « Le cerveau est comme un candélabre à gaz : quand toutes les flammes brûlent, c'est la veille; quand toutes les flammes sont éteintes, c'est le sommeil normal; quand une seule brûle... c'est l'état hypnotique. » Beard. *Boston médic. and surg. Journ.*, 1881, 265.

nation des phénomènes futurs; c'est la notion de mon corps, de mes capacités, de mon nom, de ma situation sociale, de mon rôle, c'est un ensemble de pensées morales, politiques, religieuses, etc.; c'est un monde d'idées, le plus considérable peut-être que nous puissions jamais connaître, car nous sommes loin d'en avoir fait le tour. Il y a donc dans le « *je sens* » deux choses en présence : un petit fait psychologique nouveau, une petite lueur qui s'allume, « *sens* », et une énorme masse de pensées déjà constituées en système, « *je* ». Ces deux choses se mélangent, se combinent, et dire « *je sens* », c'est dire que la personnalité déjà énorme a saisi et absorbé cette petite sensation nouvelle qui vient de se produire. Si j'osais, et ce n'est pas tout à fait absurde, je dirais que le « *je* » est un animal vivant extrêmement vorace, une sorte d'amibe qui envoie un prolongement pour saisir et absorber un tout petit être, la petite sensation qui vient de naître à côté de lui.

Cette opération d'*assimilation* et de *synthèse* se répète pour chaque sensation qui naît en nous et il en naît à chaque moment une quantité à la suite de toutes ces mille impressions que reçoivent incessamment tous nos sens. Nous pouvons alors nous représenter ce qu'on appelle vulgairement la sensibilité comme une opération à deux temps. Premier temps : il se produit dans l'esprit, dans les cellules corticales du cerveau, si l'on veut, un très grand nombre de petits phénomènes psychologiques élémentaires, conséquences des innombrables excitations extérieures : ce sont des phénomènes dus au sens tactile TT'T'' (fig. 2, p. 40), au sens musculaire MM'M'', au sens visuel VV'V'', auditif AA'A'', pour ne prendre que ceux-ci comme exemples. On peut appeler ces phénomènes comme on voudra : des *sensations élémentaires*, des *états affectifs*[1], pour employer

1. Maine de Biran, Essai sur les fondements de la psychologie. *Œuvres inédites*, 1859, II, 11 et 19.

l'expression d'un célèbre psychologue français, Maine de Biran, ou simplement des phénomènes *subconscients*. La seule chose qui les caractérise essentiellement, c'est que ce sont des phénomènes psychologiques simples, isolés, sans intervention de l'idée de personnalité. Deuxième temps : il s'opère une réunion, une synthèse de tous ces phénomènes élémentaires qui sont combinés entre eux et surtout combinés avec la notion vaste et antérieure de la personnalité. C'est seulement après cette

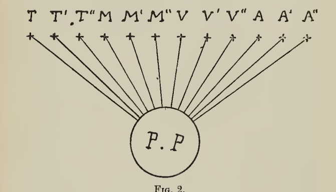


Fig. 2.

opération, après cette sorte d'*assimilation*, que nous pouvons dire : « Je sens. » J'ai déjà proposé autrefois de désigner cette nouvelle opération sous le nom de *perception personnelle*, PP : c'est bien une perception, c'est-à-dire une conscience plus complexe et plus claire ; le mot « personnelle » empêchera de confondre cette opération avec la perception extérieure, dont nous n'avons pas à parler ici et rappellera que son caractère essentiel est l'adjonction de la notion de personnalité.

La description et le schéma que nous venons d'étudier sont évidemment théoriques et ne peuvent s'appliquer qu'à un homme idéal et non à un homme réel. Aucun homme, en effet, n'est capable de réunir ainsi, à chaque

instant, dans une même perception personnelle, toutes les sensations élémentaires qui naissent en lui de tous côtés; chez l'homme le mieux constitué, il doit y avoir une foule de sensations élémentaires produites par la première opération et qui échappent à la seconde. Ces phénomènes, tels que T ou M, dans la fig. 3, restent ce qu'ils sont, c'est-à-dire des sensations subconscientes, réelles sans doute et pouvant jouer un rôle considérable dans la

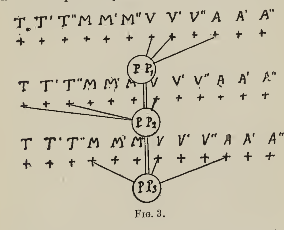


Fig. 3.

vie psychologique de l'individu, mais ne sont pas transformées en perceptions personnelles et n'arrivent pas à faire partie de la personnalité. La personne, le « je » dira donc : « je sens » à propos des phénomènes V ou A qu'il saisit et perçoit, mais n'appréciera pas l'existence de T ou de M et dira à leur propos : « Je n'ai rien senti. » Quel est le nombre normal des phénomènes, des sensations élémentaires qu'un homme peut ainsi réunir dans une perception personnelle? Je n'en sais rien, mais je le crois très variable suivant mille circonstances et j'ai proposé[1] d'appeler *étendue du champ de la conscience*, le

1. Sur la théorie du champ de la conscience, cf. *Autom. psych*, 190, et sur son rétrécissement, 306. Ce dernier caractère, le *rétré-*

nombre maximum de ces phénomènes qu'un individu peut, à un moment donné, *s'assimiler*, dont il peut avoir à ce moment *la perception personnelle.*

Supposons un individu qui ne puisse à chaque moment percevoir plus de trois sensations élémentaires, telles que VV'A et qui laisse tout le reste dans la subconscience. Il aura, semble-t-il, dans son esprit un vide considérable. Non, pas forcément, car l'instant suivant il pourra facilement, en dirigeant autrement son attention, avoir la perception de ces sensations tactiles qu'il avait laissées de côté et, dans un troisième moment, il pourra former une perception personnelle même avec des sensations musculaires M. Par exemple, au premier moment, il regardera et écoutera une personne qui lui parle, sans se préoccuper des sensations tactiles qui continuent à l'assaillir. Au deuxième moment, il regardera un objet en le touchant et il appréciera le contact cette fois-ci sans avoir conscience des bruits environnants. Au troisième moment, il écrira sous la dictée, ayant la perception du son de la voix, de la vision des lettres et des mouvements musculaires. Dans un cas de ce genre, grâce à la perception alternante, il n'y a pas de véritables anesthésies : si on examine successivement chaque sens en attirant sur lui l'attention du sujet, on verra que cette personne peut avoir la perception de toutes les impressions. Cet individu, quoiqu'il ait déjà le champ de conscience rétréci, n'est pas un anesthésique, mais un distrait, et cette étude a essayé de représenter ce qu'on appelle la distraction normale.

Allons un peu plus loin et nous aurons la représenta-

cissement du champ de conscience, est extrêmement important; il ne se rencontre pas seulement dans les anesthésies, mais il fait partie intégrante de tous les autres symptômes de l'hystérie. Aussi est-il impossible de l'étudier complètement dans ce premier chapitre; nous sommes obligé de rejeter cette question après l'examen des phénomènes particuliers. La description de ce rétrécissement de l'esprit et l'étude de l'épuisement qui semble le produire seront faites à la fin du second volume de cet ouvrage.

tion théorique de l'anesthésie. Supposons que *le champ de conscience se rétrécisse* encore. Le malade (fig. 4) ne peut plus percevoir à la fois que deux sensations élémentaires. Par nécessité même, il réserve cette petite perception pour les sensations qui lui semblent à tort ou à raison les plus importantes, les sensations de la vue et de l'ouïe. Il faut bien avoir conscience de ce que l'on

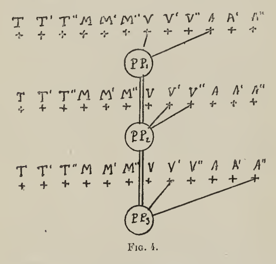


Fig. 4.

voit et de ce que l'on entend et il néglige de percevoir les sensations tactiles et musculaires dont il croit pouvoir se passer. Au début, il pourrait peut-être encore se tourner vers elles, les reprendre dans le champ de la perception personnelle, au moins pour un moment. Mais l'occasion ne s'en présente pas et lentement la *mauvaise habitude psychologique* est prise. Rien n'est plus grave, plus résistant que ces habitudes morales : il y a une foule de maladies qui ne sont que des tics psychologiques. Un beau jour, le malade, car il l'est devenu réellement, est examiné par le médecin. On lui pince le

bras gauche, on lui demande s'il sent le pincement, et, à sa très grande surprise, le patient constate qu'il ne sait plus sentir consciemment, qu'il ne peut plus, si j'ose ainsi dire, rattraper dans sa perception personnelle des sensations trop longtemps négligées : il est devenu anesthésique.

En un mot, la distraction s'est transformée en anesthésie pour deux raisons : 1° Parce que l'habitude a rendu difficiles les modifications de la perception personnelle toujours dirigée dans le même sens; 2° parce que le rétrécissement du champ de conscience est tel qu'une image vive et obsédante n'est pas nécessaire pour le remplir, qu'il est toujours trop petit pour percevoir à la fois toutes les sensations. Voilà donc une nouvelle formule plus précise que la précédente : l'anesthésie est une distraction très grande et perpétuelle qui rend les sujets incapables de rattacher certaines sensations à leur personnalité, c'est un rétrécissement du champ de la conscience.

§ 4. — VÉRIFICATION EXPÉRIMENTALE ET CLINIQUE

La représentation précédente de l'anesthésie psychologique des hystériques repose sur deux notions principales : 1° La conception des sensations élémentaires, réelles au point de vue psychologique, mais non rattachées à la conscience personnelle du sujet; 2° la conception d'une faiblesse, d'une indifférence particulière à cause de laquelle le sujet cesse de s'intéresser à ses sensations et de les percevoir. Dans un autre travail, j'ai longuement discuté ces deux questions au point de vue philosophique; ici il suffit de montrer leur application aux faits d'observation :.

Sensations subconscientes. — Il est toujours très difficile de démontrer l'existence d'un phénomène psychologique dans l'esprit d'une personne que l'on examine.

La conscience n'est pas visible à l'extérieur et l'existence de tels faits peut seulement être induite d'après leurs manifestations et leurs conséquences.

Le premier et le plus important des signes qui manifestent les sensations, ce sont les *mouvements extérieurs* qui en dépendent. Les plus simples de ces mouvements sont les actes réflexes; et on a vu que, si on laisse de côté pour le moment certains réflexes spéciaux en rapport avec des douleurs ou des émotions, les réflexes sensoriels dépendant d'une sensation précise sont tous conservés. Mais la plupart de ces réflexes sont considérés, peut-être à tort, comme des phénomènes purement organiques sans rapport avec des faits psychologiques. Il faut rechercher des mouvements plus complexes qui ne peuvent s'expliquer que par l'existence d'une véritable sensation. Je crois que les postures appelées attitudes cataleptiques, qui sont souvent si nettes dans les membres anesthésiques, pourraient fournir de bons exemples. Quand je soulève en l'air le bras anesthésique de Lucie ou de Marguerite, sans qu'elles le puissent regarder, et quand je vois ce bras conserver exactement l'attitude complexe que je lui ai donnée, je ne puis m'empêcher de croire qu'il y a eu en elles à leur insu une sensation très précise de la position donnée au bras et que cette sensation *kinesthésique* est seule capable de coordonner exactement toutes les contractions musculaires nécessaires pour maintenir l'attitude[1]. Très souvent cet état cataleptique des membres anesthésiques ne se produit que dans des conditions très déterminées. Chez Léonie, comme chez beaucoup d'autres, ce phénomène n'est pas produit indifféremment par tous les opérateurs. Quand une personne étrangère soulevait de la même façon la main insensible, ce bras retombait flasque. Si je le prenais au con-

1. Sur l'existence des sensations pendant les attitudes cataleptiques, cf. *Autom. psych.*, 55 et 224.

traire, sans que le sujet pût s'apercevoir par la vue que c'était moi et non un autre, le bras restait en l'air. C'est une électivité dans les mouvements subconscients dont nous aurons à parler plus tard. Il faut seulement remarquer maintenant qu'il est absolumeut impossible de l'expliquer sans supposer qu'il y a eu une sensation de contact, délicate sans doute, mais non extraordinaire, par laquelle l'attouchement de ma main a été distingué et reconnu [1].

Mais nous pouvons aller plus loin encore : dans la main anesthésique d'un de ces sujets, de Berthe par exemple, je mets un objet sans la prévenir et sans qu'elle le puisse voir. La main saisit l'objet, le retient pour qu'il ne tombe pas ; quelques-unes s'en tiennent là et c'est déjà quelque chose. Mais beaucoup d'autres, comme Berthe, modifient les mouvements de la main insensible suivant la nature de l'objet. Elle tient la paire de ciseaux mise dans sa main, passe les doigts dans les anneaux, ouvre et ferme alternativement les ciseaux. Je lui mets dans la main un objet plus petit, une aiguille, elle la tient et fait machinalement des mouvements de va et vient comme pour coudre une étoffe. Est-ce par hasard que ces mouvements si précis s'accordent avec la nature de l'objet?

Enfin, dans des cas plus rares et qu'il est impossible d'analyser maintenant d'une façon complète, la main anesthésique qui tient un crayon se met à écrire. C'est l'écriture automatique, analogue à celle des médiums spirites sur laquelle j'ai tant insisté déjà. Il faut seulement remarquer maintenant que cette écriture exprime quelquefois la connaissance des sensations provoquées sur le membre anesthésique. On peut en effet souvent, par des procédés qui seront indiqués plus tard, poser des questions auxquelles cette écriture

1. Pour l'étude de cas du même genre, cf. Anesth. et Dissoc. *Revue philosophique*, 1887, I, 461, et Actes inconscients. *Revue philosophique*, 1888, I, 246.

répondra. Si je l'interroge ainsi, il me sera répondu par écrit : « Vous me pincez. — Quel est le doigt que que je touche? — Le petit, le second. — Qu'est-ce que je mets dans votre main? — Un petit crayon, un sou. — Où est placé votre bras gauche? — Il est levé, vous l'avez étendu..., etc. [1] » On peut également prouver par cette écriture l'existence de semblables sensations pour le goût, pour l'odorat, pour la partie anesthésique du champ visuel. Si la parole est pour nous le signe caractéristique de la sensation d'autrui, pourquoi l'écriture ne le serait-elle pas? Peut-on admettre que tous ces mouvements de plus en plus complexes se produisent sans qu'il y ait aucune sensation?

Les sensations sont aussi et très souvent même le point de départ de ce qu'on appelle en psychologie des *associations d'idées*. Lorsque, par un travail de synthèse dont il faudra parler davantage, une certaine union a été établie entre deux phénomènes psychologiques, la présence de l'un suffit à faire naître l'autre dans l'esprit, l'un devient comme un signal à propos duquel l'autre se produit. Cette loi a donné lieu, dans l'étude des hystériques, aux expériences intéressantes qu'on appelle des *suggestions à point de repère* [2]. On peut dire au sujet : « Toutes les fois que je te pincerai, tu lèveras le bras en l'air ou bien tu verras une fleur devant toi. » On sait que, chez des malades fortement suggestibles, les choses se passeront ainsi très régulièrement et qu'à chaque sensation de pincement, ils lèveront brusquement le bras ou seront surpris de voir une fleur apparaître. J'ai essayé d'appliquer ce principe connu à l'étude de l'anesthésie, en donnant de ces sortes de suggestions au sujet, mais en plaçant le point de repère sur le membre anesthésique [3]. On peut compliquer les choses de bien des manières; la for-

1. Anesthésie et dissociation. *Revue philosophique*, 1887, I, 460.
2. Binet et Féré, *Magnétisme animal*, 1887, 166.
3. *Autom. psych.*, 434.

mule simple est celle-ci : « Tu lèveras le bras droit quand je pincerai le bras *gauche.* » La plupart des sujets que j'ai étudiés exécutent très régulièrement une suggestion de ce genre, même quand ils ne peuvent pas voir que l'on touche leur main gauche. J'ai dit à Berthe, pendant un état somnambulique, qu'au moment où je toucherai son pouce, elle verra devant elle un papillon, et qu'au moment où je toucherai son petit doigt, elle verra un oiseau bleu. Après le réveil, l'une ou l'autre de ces deux hallucinations se produit régulièrement quand je touche le pouce ou le petit doigt de la main gauche. De la même manière, je dis à Isabelle qui est aveugle de l'œil gauche : « Quand je te montrerai une couleur bleue tu entendras sonner des cloches. » Fermons-lui bien l'œil et montrons à son œil gauche aveugle des laines de couleur. Aux premières laines elle ne dit rien, sinon qu'elle est dans l'obscurité complète, si une laine bleue passe devant l'œil, elle s'écrie : « Ah! j'entends des cloches. »

Ce genre d'expériences qui est très intéressant et très démonstratif présente une grande difficulté. Il faut commencer par réunir dans l'esprit du sujet les deux phénomènes; il faut le forcer à faire au moins une fois la synthèse de la sensation de pincement et du mouvement ou de l'hallucination. On y parvient fort bien quand on dispose d'un état somnambulique ou autre, dans lequel le sujet récupère pour un moment ses sensibilités. La suggestion doit être faite dans cet état; plus tard, l'association étant organisée, le pincement amènera l'hallucination, même après le retour de l'anesthésie. Quand un état de ce genre ne peut pas être produit, cette suggestion est plus difficile; quoique elle puisse réussir encore, elle échoue souvent. C'est pourquoi il est très intéressant de se servir, pour cette expérience, des associations anciennes déjà organisées dans l'esprit du sujet avant la maladie. Or, il existe, comme

l'a montré M. Binet[1], une association naturelle et très fréquente entre certaines sensations tactiles et musculaires de nos membres et des images visuelles. Si on essayer de toucher un objet dans l'obscurité, on se convaincra que l'on n'a pas seulement dans l'esprit la sensation tactile, mais encore que l'on croit voir devant soi la forme que prend notre main et l'objet qu'elle tient. Or, cette association existe chez les hystériques comme chez nous; et on constate qu'elle se produit encore, même quand l'anesthésie leur a enlevé la perception personnelle des sensations tactiles. Quelques-unes savent, par exemple, les mouvements imprimés à leurs membres anesthésiques : « Je ne sens pas, mais je crois voir mon bras devant moi avec telle position. » Justine, anesthésique à droite, peut écrire, quoique assez mal, les yeux fermés : « Je vois, dit-elle, ma main qui écrit. » L'image visuelle est ici, comme dans les hallucinations précédentes, déterminée par l'association préétablie avec la sensation tactile. Mais pour que ce mécanisme fonctionne il faut bien que la sensation tactile soit réelle de quelque façon.

Enfin, les sensations se manifestent aussi par des *souvenirs*, et l'on peut se servir encore de cette nouvelle manifestation pour montrer l'existence des sensations sur les régions anesthésiques[2]. Voici une expérience de ce genre effectuée sur Marguerite qui a perdu complètement toute sensibilité tactile et musculaire du côté droit; elle est tellement anesthésique qu'elle est incapable d'effectuer aucun mouvement volontaire avec son bras droit quand elle ne le regarde pas. Pour étudier les sensations musculaires, M. Jean Charcot, interne des hôpitaux[3], a construit un petit appareil que l'on peut employer ici. C'est surtout une longue

1. Binet, Sur les altérations de la conscience chez les hystériques. *Revue philosophique*, 1889, I, 162.
2. *Autom. psych.*, 295.
3. J. B. Chacot, Sur un appareil destiné à évoquer les images motrices graphiques. *Progrès médical*, 18 juin 1892, 478.

tige suspendue à la Cardan et mobile dans tous les sens. Le sujet tient la tige par son milieu, comme il tiendrait un porte-plume, et après lui avoir détourné la tête, je prends cette même tige par la partie inférieure, et je suis, avec la pointe, un mot tracé sur le papier. La main du sujet, si elle était sensible, aurait senti tous les mouvements délicats nécessaires pour écrire ce mot; l'appareil m'a permis de lui faire éprouver avec précision toutes ces petites sensations délicates et d'en conserver pour ainsi dire le graphique dans le mot que j'ai écrit. Mais Marguerite nous déclare qu'elle n'a rien senti du tout. Nous savons ce que cela veut dire, elle n'a eu la perception personnelle de rien; n'a-t-elle eu aucune sensation élémentaire? Pour le vérifier, je mets un crayon dans la main droite complètement insensible, et je détourne la tête du sujet. On voit les doigts entourer le crayon, comme nous l'avons déjà remarqué, et la main écrire. Comment ce mouvement délicat peut-il se faire, tandis que tout à l'heure le sujet ne pouvait pas remuer sans regarder. Ce phénomène ne peut être étudié maintenant, il suffit de constater les résultats. La main a écrit le nom de Jean, et c'était ce même mot avec les mêmes formes de lettres que j'avais écrit moi-même. N'est-ce pas une bonne preuve de la persistance du souvenir, et ce souvenir lui-même ne montre-t-il pas que la sensation musculaire avait existé réellement ?

Ce souvenir peut réapparaître autrement : il suffit quelquefois de suggérer au sujet de se souvenir, de le forcer à faire grande attention aux impressions qu'il a éprouvées pour qu'il retrouve quelquefois le souvenir de ces sensations qu'il n'avait pas éprouvées consciemment. C'est un des points que M. Onanoff, dont nous regrettons la mort si cruelle, avait bien mis en lumière dans un travail sur la perception inconsciente [1] ». Quand

1. Onanoff, La perception inconsciente. *Archiv. de neurologie*, 1890, 373.

le souvenir ne peut pas réapparaître par ce procédé, ce qui est très fréquent, on peut endormir le sujet, le mettre dans un de ces états où, comme je l'ai montré, l'anesthésie disparaît. Le retour de la sensibilité amène le retour de la mémoire et non seulement le sujet sent actuellement ce qui est mis dans sa main, mais il se souvient de ce qui y a été mis pendant la veille à un moment où il était en apparence anesthésique. Il est inutile de continuer l'énumération de ces expériences que l'on peut varier indéfiniment, mais qui se ramènent toujours à l'un des trois types précédents. Concluons sur le premier point avec Herzen : « Une idée qui disparaît de la conscience ne cesse pas pour cela d'exister, elle peut continuer à agir à l'état latent et pour ainsi dire sous l'horizon de la conscience... dans cet état subconscient, elle peut avoir encore des effets moteurs et influer sur d'autres idées [1]. »

Pour étudier maintenant la façon dont le sujet laisse de côté ces sensations parfaitement réelles, il faut faire quelques remarques sur le développement de l'hystérie. Cette maladie n'est pas toujours la même à tous les moments, ni à tous les âges, et l'hystérie d'une petite fille de 12 ans n'est pas celle d'une femme de 40 ans. Je crois que l'on peut distinguer trois formes de la maladie dont la distinction se manifestera de plus en plus dans cet ouvrage : 1° l'*hystérie en formation;* 2° l'*hystérie en évolution;* 3° l'*hystérie constituée.*

1° Pour étudier l'**hystérie en formation**, je me suis attaché cette année surtout, dans le service de M. Charcot, à étudier les malades très jeunes qui commencent leur maladie. J'ai observé sur elles bien des troubles mentaux qui seront exposés successivement, il ne s'agit ici que de la sensation. Les malades, au début, n'ont pas d'anesthésie, cela a été remarqué par tous les auteurs [2]. Il est toujours assez facile, en attirant leur attention

1. Herzen, *Le cerveau et l'activité cérébrale*, 1887, 201.
2. Gilles de la Tourette, *op., cit.*, 204.

successivement sur chacun de leurs sens, de leur faire éprouver consciemment toutes les sensations. Mais on constate une indifférence et une distraction remarquables pour les phénomènes de sensibilité. Elles ne distinguent que les impressions fortes, bizarres ou très agréables, comme si ces impressions produisaient une sensation d'une nuance particulière, inattendue, qui attire l'attention. Quelquefois elles semblent au premier abord insensibles, puis s'aperçoivent de ce qu'on leur fait, si on renouvelle l'impression et si on insiste sur l'interrogation. Elles ont surtout de la peine à distinguer deux sensations simultanées, et si on les pince à la fois des deux côtés, elles ne sentent qu'une seule sensation, celle du côté droit le plus souvent. La distraction pour les sensations avec les caractères que nous avons indiqués précède chez elle l'anesthésie.

2° **Hystérie en évolution.** — C'est le nom que je donne à la maladie dans sa période d'activité, telle qu'on la voit chez la plupart des malades des hôpitaux de dix-huit à vingt-cinq ans le plus souvent, mais quelquefois bien plus tard. Je dis que la maladie est en évolution parce qu'elle est mobile et se transforme encore par suggestion, par émotion et par imitation. Les anesthésies sont devenues très nettes. Mais leur localisation nous montre qu'elles dérivent des indifférences de la période précédente. Les hystériques perdent très rarement et très partiellement le sens de l'ouïe, parce qu'il est indispensable dans la vie sociale à laquelle elles ne peuvent pas renoncer. Elles perdent plus le sens visuel mais toujours incomplètement: je n'ai jamais vu de cécité hystérique totale persistant plus de quelques heures après l'attaque, le fait existe peut-être, mais il doit être rare. Si l'anesthésie hystérique était due à une lésion banale, pourquoi ne porterait-elle pas plus souvent sur les deux yeux? Au contraire, si elle est due à une distraction croissante par faiblesse de la perception personnelle, on comprend que ces malades se réservent toujours un

peu de cette sensation visuelle indispensable, sans laquelle la vie est si malheureuse. Les hystériques perdent plus volontiers la sensibilité tactile, parce que c'est la moins importante, non pas psychologiquement, mais pratiquement. Au début de la vie, le sens tactile sert à acquérir presque toutes les notions, mais plus tard, grâce aux perceptions acquises, les autres sens le suppléent presque toujours. Ces personnes perdent plutôt la sensibilité du côté gauche que celle du côté droit, probablement parce qu'elles se servent moins souvent de ce côté. J'ai cru remarquer qu'il est des parties du corps, le bout des doigts, les lèvres, etc., auxquelles elles conservent la sensibilité plus longtemps qu'aux autres, probablement parce que les sensations qu'elles procurent sont particulièrement utiles ou agréables. D'autres sensations, celles par exemple que procurent les articulations, se conservent aussi parce qu'elles servent aux mouvements volontaires. Il est vrai que si nous considérons les îlots disséminés d'anesthésies que certains sujets ont sur la peau, nous ne connaissons pas assez les variations des sensations locales, leurs ressemblances et leurs différences, les mille influences qui sont intervenues, pour comprendre les raisons de ces répartitions bizarres. Mille circonstances, en effet, les exemples, certaines habitudes, les suggestions, les investigations médicales mêmes peuvent avoir la plus grande influence pour fixer ici ou là, la répartition de l'anesthésie. Le phénomène de l'insensibilité dans son ensemble est loin de dépendre de la suggestion, mais sa localisation en dépend quelquefois.

Ce qui est surtout caractéristique, ce sont les faits déjà signalés de mobilité et de disparition partielle de l'anesthésie. Non seulement la sensation persiste inconsciemment, comme on l'a vu, mais elle peut momentanément redevenir consciente, soit par une excitation qui agrandit le champ de conscience, soit parce que l'attention est fortement dirigée de ce côté. Si on

met des verres, des prismes, devant l'œil anesthésique, si on provoque des sensations visuelles bizarres, inaccoutumées, on peut forcer le sujet à en avoir conscience. Enfin, les sensations de ces parties anesthésiques peuvent rentrer dans la conscience si, pour une raison quelconque, elles sont très fortement associées à d'autres sensations que le sujet sait encore percevoir. Forcez-les à penser à une image visuelle ordinairement liée à une image tactile, dites à Marie qu'une chenille se promène sur son bras et voilà tout le bras qui redevient sensible. Le fait est surtout net dans ce cas vraiment curieux de l'amaurose unilatérale qui mérite bien l'intérêt qui lui a été attaché. Si je suis à la droite de Marie et si je lui parle, les personnes qui s'approchent à gauche ne sont pas vues, et elle reste vraiment amaurotique de son œil gauche même dans la vision binoculaire. Mais si je passe doucement à sa gauche en continuant à attirer son attention, elle continue à me voir même de l'œil gauche. Les sensations visuelles commencées à droite ont attiré, si je puis ainsi dire, dans le champ de conscience les sensations de l'œil gauche. Une expérience de M. Pitres qu'il a répétée est très instructive sur ce point. « Pratiquons maintenant, dit-il, l'expérience de l'écran. J'écris sur le tableau une ligne de lettres : une lame de carton est placée verticalement devant le milieu du visage de la malade et celle-ci est assise en face du tableau. L'œil gauche fermé, elle lit sans hésitation les lettres placées à droite de l'écran. Les deux yeux ouverts, elle lit toutes les lettres aussi bien celles qui sont à gauche de l'écran que celles qui sont à droite. [1] » Cette expérience réussit surtout bien, à mon avis, si les lettres écrites au tableau forment par leur ensemble un seul mot. Si petite que soit la force de perception personnelle de ces malades, si grande que soit leur habitude de négliger les sensations

1. Pitres, *op. cit.*, I, 58.

de l'œil gauche, elles ne peuvent pourtant pas s'arrêter à la moitié d'un mot, quand la sensation voisine qui est bien réelle dans leur esprit forme le mot complet. Les sensations de l'œil droit qui sont conservées au centre du petit champ de perception comme utiles et indispensables, amènent la perception des images fournies par l'œil gauche, dès qu'il y a une raison quelconque pour les reprendre, comme l'image d'une chenille sur le bras amène le sens tactile du bras. Mais qu'il n'y ait plus, dans le champ restreint de la perception, d'image évocatrice, que l'œil droit soit fermé, ou même que l'œil droit regarde un objet disposé de manière à être vu tout entier par un seul œil, et les sensations fournies par l'œil gauche trop négligées par la perception ne sont pas reprises [1]. M. Parinaud avait donc raison de dire qu'il y a un mécanisme spécial pour la vision binoculaire. Il y a des associations fonctionnelles, répondant probablement à des localisations anatomiques, qui modifient l'anesthésie hystérique. Mais ces modifications ne sont possibles que parce que toutes ces anesthésies n'étaient que des formes complexes de la distraction.

3° Signalons seulement ici pour y revenir plus tard l'**hystérie constituée.** L'état mental de l'hystérique, bouleversé et très réduit par la maladie, s'est réorganisé définitivement sur un type particulier. Tous les symptômes ou seulement quelques-uns sont devenus immuables. Il y a des habitudes qui deviennent une seconde nature et qu'on ne change pas en quelques instants par les faibles moyens dont nous disposons. Les anesthésies sont alors régulières, elles ne disparaissent à peu près jamais et surtout elles ne se modifient plus par les efforts momentanés et faibles de l'attention. Chez ces malades, on ne pourra pas toujours répéter facile-

1. L'étude de certains cas de diplopie hystérique, qui sera faite plus tard dans le second volume de cet ouvrage, nous montrera peut-être un peu mieux comment se forme cette négligence des sensations fournies par un œil qui devient peu à peu l'amaurose unilatérale.

ment les expériences précédentes. Elles pourront réussir si, autrefois, dans la période de mobilité, il s'est déjà produit des phénomènes analogues, si les sensations tactiles du côté gauche ont déjà été associées à des mouvements ou à des images. Si une association de ce genre n'existe pas, nous ne saurons pas la créer aujourd'hui et ces anesthésies paraîtront quelquefois absolues.

Faudra-t-il dire que ces malades sont absolument différents des autres, et que leur anesthésie est devenue analogue à l'anesthésie organique? Peut-être, dans certains cas, les sensations qui ne sont jamais perçues, qui cessent de plus en plus d'être utilisées peuvent-elles disparaître complètement et donner lieu à ces anesthésies graves dont parle M. Onanoff [1]. J'avoue que je doute un peu de la réalité de cette supposition. Cette anesthésie ancienne a passé par les formes précédentes; elle a conservé des caractères bien spécifiques, sa répartition intelligente, l'indifférence complète avec laquelle le sujet la supporte, la conservation des réflexes, etc. J'aime mieux croire que, dans la pratique de la vie, cette anesthésie se comporte comme les précédentes, mais qu'elle est seulement moins modifiable par nos procédés expérimentaux.

La conclusion restera donc la même malgré cette difficulté, et la formule proposée semble avoir été justifiée dans ses deux parties principales : l'anesthésie hystérique ne semble pas être une maladie organique; j'entends seulement par ce mot une maladie des terminaisons nerveuses, des nerfs ou des centres inférieurs; c'est une maladie mentale, une maladie psychologique ; elle existe non dans les membres, ni dans la moelle, ni dans les centres basilaires, mais dans l'esprit. Il est bien entendu, une fois pour toutes, que le mot « esprit » représente les fonctions les plus élevées du

1. Onanoff, Perceptions inconscientes. *Archiv. de neurol.*, 1890, 377.

cerveau et probablement les fonctions de l'écorce. C'est par respect pour la méthode scientifique que nous employons le mot « esprit » et que nous ne voulons pas nous permettre des spéculations métaphysiques sur les altérations inconnues des cellules cérébrales. Dans l'esprit lui-même, cette maladie porte sur un phénomène tout particulier; ce n'est que rarement une altération des sensations élémentaires, qui restent ce qu'elles doivent être et qui conservent toutes leurs propriétés. Elle porte sur une opération très spéciale, sur la perception personnelle qui nous permet à chaque moment de la vie de rattacher entre elles et de rattacher à la notion de la personnalité les sensations nouvelles. Elle est due à une faiblesse de cette synthèse des éléments psychologiques que j'ai appelés autrefois la désagrégation psychologique. L'anesthésie hystérique est une maladie de la personnalité.

§ 5. — QUELQUES ANESTHÉSIES PARTICULIÈRES

En étudiant les caractères généraux de l'anesthésie hystérique, nous avons été obligé de passer sous silence quelques détails importants relatifs à telle ou telle insensibilité particulière. Il est impossible de les oublier entièrement, car quelques-uns d'entre eux sont devenus le point de départ de phénomènes fort embarrassants. Passons en revue les différents sens, en signalant à propos de chacun les remarques indispensables.

1° **Analgésie.** — L'insensibilité à la douleur apparaît de très bonne heure; elle est très fréquente et très profonde. Ce qui nous arrête, c'est qu'elle paraît à peu près complètement en contradiction avec les théories générales qui ont été présentées. Non seulement les malades affirment qu'ils ne sentent aucune douleur quand on les pique, quand on les brûle, mais ils ne présentent même pas les manifestations ordinaires de la

sensation subconsciente. Ils ne réagissent pas, n'ont pas de ces tressaillements que la douleur même subconsciente devrait provoquer. Il est vrai que M. Binet a noté quelquefois de ces tressaillements pour une douleur que le sujet prétendait ne pas ressentir; il a vu aussi le sujet avoir une émotion désagréable, comme si la douleur physique se transformait en douleur morale [1]. Mais à mon avis, cela est bien vague et bien rare.

Une observation recueillie par Jules Janet sur Witm. montre bien que ces sensations subconscientes de la douleur jouent un très faible rôle. Witm., ayant les pieds absolument anesthésiques, les place dans un lit sur une boule d'eau trop chaude et le lendemain on trouve à la plante des pieds des brûlures assez étendues. Cette observation semble montrer que la douleur n'avait pas existé même d'une manière subconsciente. Cette malade peut être mise dans un état de somnambulisme complet, dans lequel elle retrouve non seulement toutes les sensations, mais encore, comme cela a été dit, le souvenir des sensations subconscientes de la veille. Dans cet état on lui demanda : « As-tu souffert aux pieds pendant qu'ils brûlaient? — Mais oui, dit-elle. — Alors pourquoi ne les as-tu pas retirés un peu? — Je ne sais pas. » Je suis disposé à croire que la malade retrouvant la sensibilité dans un état plus complet, se figurait avoir souffert. En tous cas, ce phénomène de souffrance subconsciente a dû être minime, puisqu'il n'a pas pu provoquer un léger déplacement des jambes, tandis que de légères sensations tactiles, même subconscientes, amènent chez elle des mouvements complexes. Ce qui rend cette observation particulièrement curieuse, c'est que Witm. peut présenter des exemples très nets de la persistance, à l'état subconscient, de toutes les autres sensations malgré l'anesthésie. Toutes les

1. Binet, Altérations de la conscience chez les hyst. *Revue philosophique*, 1889, I, 162.

expériences que nous avons décrites sur le tact, le sens musculaire, la vue, l'ouïe, etc., répétées sur cette malade, donnent des résultats indiscutables. La douleur semble échapper plus ou moins complètement à la règle générale ; il faut savoir le reconnaître. Cette différence entre les sensations de douleur et les sensations tactiles, provoquées sur les parties anesthésiques, j'ai pu la mettre une fois en relief par une petite expérience assez bizarre. M. a une anesthésie très complète qui a même gagné les conjonctives oculaires. Je lui suggère pendant le somnambulisme : « Quand je te toucherai l'œil, tu lèveras le bras droit. » Après le réveil, je lui promène sur la face un morceau de papier et, à un certain moment non prévu par elle, je fais entrer ce papier dans l'œil de côté, sans dépasser la cornée pour qu'il ne pût être visible. Aussitôt le bras droit se leva en l'air, mais la paupière ne se ferma pas. Le mouvement suggéré en rapport avec la sensation tactile s'exécutait correctement, mais le mouvement réflexe en rapport avec la douleur ne se manifestait pas.

Il faut, en effet, remarquer ce phénomène important : tandis que la plupart des réflexes dépendant des sensations déterminées, du tact ou de la vue, par exemple, sont conservés, au contraire, la plupart des réflexes sensitifs dépendant de la douleur, sont souvent très diminués. Dans l'œil, les réflexes pupillaires sont conservés, le réflexe palpébral peut disparaître; au pharynx, le réflexe de déglutition subsiste, mais non le réflexe nauséeux; le réflexe rotulien est conservé aux jambes anesthésiques, mais le réflexe du chatouillement de la plante des pieds est supprimé. Enfin, et surtout, les réflexes qui dépendent de la fatigue des membres s'atténuent jusqu'à disparaître. Le bras anesthésique placé en l'air peut y rester longtemps, non seulement sans souffrance apparente du sujet, mais même sans troubles respiratoires. En un mot, soit au point de vue des manifestations subconscientes, soit au point de vue

des réflexes, la douleur ne se comporte pas comme les autres sensations [1].

La conclusion est bien simple, c'est que la douleur n'est pas une sensation comme les autres. Les faits cliniques viennent confirmer une opinion très souvent soutenue par les philosophes. La douleur n'est pas un phénomène simple, isolable, pouvant exister seul, comme une sensation de tact ou de couleur, elle est un état de conscience déjà complexe, une sorte d'émotion. « Nous évaluons l'intensité d'une douleur, disait M. Bergson, à l'intérêt qu'une partie plus ou moins grande de l'organisme veut bien y prendre [2]. » Et si, comme c'est le cas chez l'hystérique, chaque phénomène reste presque isolé sans que l'organisme physique et moral veuille y prendre de l'intérêt, il n'y a pas d'émotion, pas de douleur proprement dite. L'analgésie se rattache donc à la conception précédente du défaut de synthèse des éléments psychologiques : la douleur ne reste pas isolée comme les autres sensations, mais elle disparaît quand la synthèse disparaît.

2° **Anesthésie organique.** — Je donne ce nom à la perte de ces sensations vagues qui nous informent sans cesse de la présence et de la vie de nos organes. Certains malades non seulement ne sentent plus l'attouchement de leurs membres, mais perdent la notion de leur existence. « Il me semble, disent-ils, qu'on m'a amputé le bras à l'épaule. » Le cas le plus curieux que j'aie rencontré est celui de Corn. : elle avait conservé quelque sensibilité aux cuisses et au bout des pieds, mais ne sentait rien aux jambes. « Je suis étrangement raccourcie, disait-elle, on m'a collé mes doigts de pied au bout des genoux. » Quelquefois

1. Même réflexion dans un travail récent de Fr. W. Myers. *Subliminal consciousness, Proceedings of the society for psychical research*, 1892, 323.
2. Bergson, *Essai sur les données immédiates de la conscience*, 1889, 27. Voir aussi Binet, Contribution à l'étude de la douleur chez les hystériques, *Revue philosophique*, 1889, II, 169.

le phénomène est plus compliqué ; un malade dont M. Charcot rapporte l'observation se plaignait que son membre était à la fois « douloureux et absent. [1] » Une autre prenait son bras pour un membre étranger appartenant à une autre personne [2]. Des illusions variées se surajoutent à l'anesthésie.

Cette anesthésie est fort rare : je n'en ai observé que deux exemples, et je n'ai pu constater si elle laisse subsister des sensations subconscientes. Quant aux conditions de sa production, j'ai fait une remarque analogue à celle de M. Pitres [3]. Cette anesthésie ne dure pas longtemps ; elle disparaît sans que l'on observe d'autres modifications simultanées dans les autres sensibilités. Ainsi Corn, avait ordinairement son bras droit sensible : à la suite de petites crises qui eurent lieu pendant la nuit, son bras droit devint subitement complètement anesthésique et paralytique. Elle disait le lendemain matin avoir le bras coupé à l'épaule. Au bout de quelques jours, elle perdit cette illusion et se rendit compte de l'existence de son bras, quoique je ne pus voir aucune modification appréciable ni dans l'anesthésie, ni dans la paralysie. Cette illusion, qui semble être l'inverse de l'illusion célèbre des amputés, se produirait donc, si je me permets de juger d'après ce cas, quand il y a une modification trop rapide dans la sensibilité d'un membre et disparaîtrait par l'accoutumance, quand la personnalité s'est habituée à vivre avec ce membre anesthésique.

On sait que d'autres sensations organiques, celles de la faim, de la soif, du besoin d'uriner, etc., peuvent être absolument perdues. M. reste plusieurs jours sans rien manger ni rien boire et elle n'en éprouve aucune incommodité ; elle se décide à manger et à

1. Charcot, *Mal. du syst. nerv.*, III, 376 et 458.
2. William James, *Proced. of the american soc. f. psych. research*, I, 549.
3. Pitres, *op. cit.*, I, 121.

boire par raison, car elle n'est pas anorexique, mais voici des années qu'elle n'a pas éprouvé le sentiment de la faim ou celui de la soif. Elle a également perdu la sensation de la défécation et de la miction. Son urèthre et sa vessie surtout sont complètement insensibles. Quand on la sonde, on peut vider sa vessie ou la remplir de 200 grammes d'eau boriquée sans qu'elle distingue l'un de l'autre. Son anesthésie vésicale est si profonde qu'elle ne s'est pas aperçue d'une cystite développée à la suite de sondages malpropres qu'elle se faisait elle-même. Au contraire, pendant le somnambulisme, la cystite reprenait son caractère classique de cystite douloureuse et la malade poussait des cris.

M. Raymond décrit ainsi l'anesthésie uréthrale d'un de ses malades : « On peut enfoncer dans le canal de l'urèthre jusqu'au col de la vessie une sonde métallique reliée à l'un des pôles de l'appareil électrique, l'autre électrode étant appliqué sur le gland ou sur le périnée, et faire passer le courant maximum sans que le malade accuse aucune sensation; il en est de même du rectum [1]. »

Ces anesthésies organiques sont d'ordinaire accompagnées de troubles nombreux du fonctionnement des organes : quand l'anesthésie de la vessie et de l'urèthre est complète et porte sur le sens musculaire comme sur le sens tactile, on peut constater de l'incontinence diurne ou nocturne au moindre effort du malade [2]. Cela est cependant assez rare et je dois dire que je n'ai jamais vu d'incontinences incontestablement hystériques. Ce qui est beaucoup plus fréquent c'est la rétention qui, chez M., accompagne toujours cette anesthésie.

Nous n'avons pas à étudier ici ces phénomènes de paralysie et de spasme et même nous connaissons trop

1. Raymond, Anesthésie cutanée, *Revue de médecine*, 1891, 395.
2. Féré, *Archives de Neurol.*, 1884. — Jules Janet, Les troubles psychopathiques de la miction, 1890, et les troubles vésicaux névropathiques, *Traité de chirurgie*, 1892, t. VII, 724.

peu le rôle des sensations psychologiques dans tous ces phénomènes organiques, pour bien comprendre ces anesthésies. Rappelons seulement qu'elles ressemblent sur un point à l'analgésie; elles ne semblent pas laisser subsister de sensations subconscientes. C'est probablement à cette absence qu'il faut attribuer la plupart des troubles graves.

3° **Anesthésie génitale.** — Les sensations génitales sont presque toujours conservées malgré l'anesthésie cutanée générale, cela résulte de l'importance que le sujet y attache d'ordinaire. Cependant elles peuvent être disparues et certaines hystériques sont absolument frigides, malgré le préjugé singulier que l'on a quelquefois à leur égard. Cette anesthésie, pénible quand elle existe, s'accompagne quelquefois des plus singuliers phénomènes moraux. Nous verrons, à propos des émotions, une femme qui perdait à la fois le sens génital, le sentiment de la pudeur et même les sentiments de famille. Enfin on sait que cette anesthésie laisse subsister tous les réflexes et ne modifie pas en général le fonctionnement des organes érectiles[1].

4° **Anesthésie kinesthésique.** — Les sensations que nous procurent les mouvements de nos membres sont des plus complexes : il faut surtout éviter de confondre les phénomènes psychologiques qui accompagnent les mouvements actifs accomplis par le sujet lui-même et ceux qui sont en relation avec les mouvements passifs communiqués du dehors aux membres. Je ne parle ici évidemment que des seconds. Parmi ces derniers, la perte du sentiment de fatigue musculaire a déjà été signalée, elle se comporte comme une analgésie. Cette perte est très fréquente et elle joue un grand rôle dans le phénomène des attitudes cataleptiques. L'hystérique peut aussi perdre simultanément ou isolément la sensation de pression, de torsion, de traction des muscles,

1. Briquet, *Hyst.*. 472.

enfin, ce qui est plus spécial, il peut perdre la notion des contractions inégales des différents muscles[1]. Il en résulte qu'il est incapable d'apprécier le poids des objets, même quand il cherche à les soulever[2], qu'il ne sait pas les mouvements que l'on fait exécuter à ses membres, enfin qu'il ne se rend pas compte, sans regarder, de la position donnée à ses membres. Il perd ses jambes dans son lit, suivant une formule célèbre et souvent vraie.

Pour apprécier cette anesthésie musculaire, il suffit, quand elle est profonde, de détourner la tête du sujet et de déplacer son bras en lui demandant soit de décrire la position du bras, soit, ce qui est mieux, de placer volontairement son autre bras dans une attitude semblable. Quand l'anesthésie musculaire n'est pas complète, il est plus difficile de l'apprécier. On peut alors appliquer à cette recherche une expérience déjà ancienne de M. Beaunis[3]. L'auteur s'était servi de sa méthode pour des études de psychologie subjective : il faisait lui-même les mouvements et appréciait ses propres sensations. J'ai souvent essayé d'appliquer ses procédés d'une manière objective. On place un crayon dans la main du sujet, puis, tandis qu'il détourne la tête, on dirige la main de manière à tracer sur le papier une ligne d'une longueur déterminée, deux points séparés l'un de l'autre de quelques centimètres ou bien un angle d'une ouverture connue. Cela fait, sans permettre au sujet de regarder, on le prie de recommencer et de refaire lui-même une ligne égale, deux points séparés par la même distance ou un angle de même degré. On compare les deux dessins et on peut dans certains cas en tirer quelques indications sur la sen-

1. Duchenne (de Boulogne), *Électrisation localisée*, 1855, 410.
2. Gley et Marillier, Expériences sur le sens musculaire. *Revue philosophique*, 1887, I. 441.
3. Beaunis, Communic. à la Soc. de psychol. physiol. sur la mémoire des Sensations musculaires. *Revue philosophique*. 1888, I, 568.

sation kinesthésique du sujet. Certains inconvénients de cette expérience peuvent, comme je l'ai montré[1], être évités, si on se sert de l'instrument de M. Jean Charcot qui a été décrit au paragraphe précédent.

Dans toutes ces recherches, il faut veiller à ce que le sujet exécute toujours les mouvements demandés consciemment et volontairement, car les sensations kinesthésiques subconscientes sont ici très fréquentes et très nettes. Leur existence a été souvent notée dans les expériences précédentes. Il n'est pas possible d'insister plus longtemps ici sur l'étude des anesthésies kinesthésiques, ces anesthésies ne sont intéressantes que dans leur rapport avec le mouvement, qui fera l'objet d'un chapitre spécial.

5° **Anesthésie tactile.** — On sait que plusieurs phénomènes différents sont souvent réunis et confondus sous le nom de sens du toucher; l'hystérie effectue souvent des dissociations intéressantes en effaçant telle ou telle sensibilité particulière, tandis qu'elle laisse subsister les autres. L'analgésie ou perte de l'émotion de douleur existe fréquemment, tandis que le toucher proprement dit est à peu près conservé. La sensibilité au chaud et au froid peut subsister seule, tandis que la douleur et le tact ont disparu; inversement, le sujet peut sentir comme un simple contact indifférent l'impression d'un objet brûlant ou glacé. Ce dernier cas simule, comme on le voit, la dissociation syringomyélique[2]. Enfin toutes ces sensibilités spéciales peuvent être perdues simultanément et le sujet, consciemment au moins, ne distingue aucune des impressions faites sur sa main insensible. Quand l'anesthésie est profonde, il suffit, pour la constater, de piquer le sujet, de mettre un objet dans sa main et de lui demander s'il a pu apprécier quelque

1. Note sur un appareil destiné à l'étude expérimentale des sensations kinesthésiques. *Revue philosophique*, 1892, II.
2. A. Souques. *Étude des syndromes hystériques « simulateurs » des maladies organiques de la moelle épinière*, 1891, 204.

chose, en évitant, bien entendu, les mouvements et les réponses subconscientes. Si l'anesthésie est incomplète et se réduit à une hypoesthésie, il est souvent difficile de la préciser. Je crois que l'œsthésiomètre, si imparfait qu'il soit, peut rendre ici quelques services, même au point de vue clinique. Pour se servir pratiquement de cet instrument, il faut choisir un point du corps, toujours le même, de sensibilité moyenne, dont on précisera d'abord la mesure normale; puis on cherchera, avec cet instrument appliqué à ce même point sur la malade, de combien sa sensibilité s'écarte de la normale. J'avais adopté autrefois un endroit qui me paraissait commode, la face inférieure du poignet. La sensibilité normale à ce point m'a paru être de 25 à 35 millimètres; quand on constate sur une malade, comme cela arrive très souvent, des chiffres de 90, 120, etc., on peut, je crois, sans hésiter, la considérer comme hypoestésique et cela peut quelquefois préciser le diagnostic. Il ne faut pas oublier que souvent un caractère de l'esprit des hystériques rend impossible l'emploi de l'œsthésiomètre. Quelques-unes, comme M., sont souvent incapables d'apprécier jamais deux sensations à la fois. Mais dans ce cas, le symptôme mental est assez net pour affirmer le diagnostic.

Je ne parlerai pas des sensations subconscientes du sens tactile, car elles ont trouvé place dans la description générale; mais j'insisterai sur une conséquence très curieuse de l'anesthésie tactile incomplète, de l'hypoesthésie.

La localisation des sensations, sans en résumer la théorie, dépend en grande partie de la précision et de la délicatesse des sensations tactiles. Chaque point de la peau fournit à l'esprit une sensation spéciale, d'une nuance particulière qui est propre à ce point et ne se retrouve pas exactement la même sur un autre. Chaque sensation due à l'excitation d'un point du corps devient ainsi un signe spécial à propos duquel nous avons, par associa-

tion acquise, l'image de la partie du corps correspondante. Mais si les sensations deviennent vagues, peu précises, elles sont de mauvais signaux qui se confondent les uns avec les autres et n'éveillent plus des images nettes de la petite partie du corps impressionné. Aussi la localisation est-elle vague chez tous les hypoesthésiques qui sont incapables, par exemple, de mettre exactement leur doigt sur le point qui a été piqué ou qui confondent deux sensations provoquées sur deux points voisins ainsi qu'on le voit dans l'expérience de l'œsthésiomètre.

Mais parmi ces confusions, il y en a une, plus fréquente qu'on ne le croit, dont l'étude est particulièrement instructive. M., dont j'ai communiqué l'observation à la Société de psychologie physiologique[1], est d'une façon générale et depuis des années anesthésique totale, Dans certaines circonstances, en particulier à la suite d'un somnambulisme prolongé ; elle reprend pour quelque temps dans sa conscience les sensations tactiles, mais d'une manière toujours bien incomplète. Quelquefois la sensibilité semble réapparaître sous la forme vague de douleur, de gêne, sans aucun signe distinctif. Les sensations sont tout à fait indistinctes ; le chaud, le froid, le pincement, un objet mis dans la main, tout cela provoque seulement une sensation vague de quelque chose de pénible, sans que le sujet sache ce que c'est. En tous cas, il est certain qu'il n'y a à ce moment aucune localisation, le sujet ne sachant absolument pas où on le pique, où on le touche. Mais il peut arriver que la sensibilité soit plus complète au moins pendant quelque temps. M. sent bien partout et distingue assez nettement les diverses sensations ; elle reconnaît le chaud, le froid, le pincement, la piqûre, nomme un objet mis dans ses mains, etc. Il y a aussi un remarquable progrès dans la localisation des sensations : « Vous me

1. Une altération de la faculté de localiser les sensations. *Société de psych. phys.*, 31 mars 1890. *Revue philosophique*, 1890, II, 659.

piquez, vous me touchez, à l'épaule, au bras, au poignet, au genou, à la cheville du pied », me répond-elle tout à fait correctement. Ces sensations et ces localisations se font péniblement, avec un grand retard de la réaction, mais cependant semblent assez parfaites. Eh bien, à ce moment, et c'est sur ce point curieux que j'insiste, malgré cette sensation et cette localisation, elle ne distingue absolument pas les deux côtés du corps : « Vous me piquez le poignet, dit-elle. — C'est vrai, mais quel poignet, le droit ou le gauche? — Je ne sais pas. » Quand j'insiste trop, elle répond au hasard et se trompe presque toujours. Je la prie de toucher avec son doigt, sans regarder, le point du corps que je vais pincer. Elle sent et cherche à toucher le point pincé, mais elle hésite et cherche de quel côté elle doit toucher; enfin, elle se décide et touche au hasard soit le point de la poitrine que j'ai pincé, soit le point exactement symétrique de l'autre côté.

Cette confusion des deux côtés du corps existe aussi pour le sens musculaire : elle ne sait lequel du bras droit ou du bras gauche j'ai remué, quoiqu'elle sache bien que c'est le bras et non la jambe. Cependant, quelques mouvements sont mieux distingués; quand on lui fait faire le mouvement de coudre une étoffe, elle distingue les deux mains : « Il y en a une, dit-elle, qui marche mieux que l'autre. » Une autre malade du même genre, Cath., se mettait à faire le signe de la croix pour distinguer sa main droite de sa main gauche. Certaines sensations musculaires et non toutes ont donc conservé des signes distinctifs. Enfin, cette confusion persiste même pour les sensations visuelles. M. a les yeux ouverts, je lui prends une de ses mains et la lui mets sous les yeux : « Quelle est cette main, droite ou gauche? — Je ne sais pas, laissez-moi voir s'il y a une bague, alors ce sera la droite. » Elle ne reconnaît ses mains qu'à ce signe surajouté : la présence ou l'absence de la bague. En un mot, avec une sensation en apparence

suffisante et une localisation assez précise dans le sens de la hauteur du corps, elle est absolument incapable de distinguer entre les parties symétriques du corps.

Il est inutile de chercher un nom nouveau pour ce phénomène, il peut être désigné par un terme connu, celui d'*allochirie*, car, à mon avis, cette confusion des deux côtés du corps se rattache étroitement au phénomène désigné ordinairement sous ce nom. Cependant, pour la distinguer de l'allochirie complète dont je parlerai dans un instant, je propose d'appeler l'état décrit chez M. l'*allochirie simple*. Comment se représenter les choses?

Je croyais d'abord que M. avait tort de ne pas distinguer ses mains par la vue et qu'il y avait là un trouble visuel. En réalité, j'en doute maintenant : Quand nous regardons notre main en usant uniquement du sens visuel, nous sommes dans la situation de l'élève d'anatomie qui reconnait un humérus droit ou gauche. L'élève ne peut le faire qu'en mettant l'os en position sur un sujet imaginaire qu'il place devant lui et en comparant ensuite les membres de ce sujet aux siens propres qu'il connaît déjà. C'est cette connaissance préalable de nos deux côtés par le sens tactile qui nous permet de faire cette distinction par le sens visuel. En somme, on reconnaît sa main gauche à ce signe qu'étant en pronation elle a le pouce en dedans et le petit doigt en dehors. Mais si nous ne distinguions pas nos deux côtés, il n'y aurait pas de ligne médiane, pas de dedans et de dehors. C'est cette distinction par le sens tactile qui est ici fondamentale et c'est son altération chez M. qui amène les autres phénomènes.

Ce qui est difficile à comprendre, c'est que le sens tactile ne paraissait pas atteint chez elle à ce moment; elle reconnaissait bien les objets mis dans sa main, et distinguait des nuances de sensations, puisqu'elle ne confondait pas une piqûre au doigt avec une piqûre au poignet. Nons sommes forcés d'admettre une notion

psychologique peu connue, mais qui est, je crois, très importante dans la pathologie de l'hystérique. Appelons, pour abréger, *sensations symétriques*, celles qui sont produites par l'excitation de points symétriques du corps. Deux sensations symétriques doivent être très difficiles à distinguer, c'est-à-dire presque semblables; il doit être plus facile de distinguer une piqûre à la main d'une piqûre au poignet que de distinguer une piqûre au poignet droit d'une piqûre au poignet gauche. L'hystérie qui nous a appris beaucoup sur les nuances des sensations et sur leurs associations nous fournit encore, grâce à l'allochirie simple, la notion de la ressemblance des sensations symétriques.

Les choses se compliquent malheureusement, et à d'autres moments, chez ce même sujet M., et chez d'autres, on peut observer non plus l'allochirie simple mais l'*allochirie complète*. M. est un peu plus sensible encore que précédemment et on s'attend à ce qu'elle localise mieux. La voici, en effet, qui n'hésite plus, elle sent qu'il y a une différence entre ses deux côtés et elle répond nettement... Mais elle répond toujours faussement. Je lui mets une plume dans la main et je la prie de marquer sur son corps les points que je vais piquer; elle n'hésite pas et elle marque toujours *sur le côté opposé* le point exactement symétrique, sur l'épaule droite si j'ai piqué l'épaule gauche et sur le bras gauche si j'ai piqué le bras droit. Ce n'est point une suggestion, le fait est fort ancien et Jules Janet l'avait déjà remarqué sur elle il y a des années, sans s'occuper de cette question [1]; je cherchais, en augmentant la sensibilité, à faire disparaître cette confusion et non pas à l'aggraver. Il y a là un fait psychologique singulier qui doit intervenir dans beaucoup d'autres perturbations. Je ne crois pas pouvoir l'expliquer; voici par quelle suite de phénomènes j'essaye seulement de le représenter. Les deux

1. *Autom. psych.*, 157.

sensations symétriques D et G sont très semblables; cependant les périodes d'hypoesthésies elles ont été confondues et à ce moment, comme on vient de le voir, il n'y avait plus de distinction des deux côtés du corps. Il en est résulté une association entre ces sensations, telle que la présence de D amène dans l'esprit l'image de G et réciproquement. Le sujet plus sensible pourrait maintenant les distinguer l'une de l'autre, mais par suite de l'association précédente, il ne les a pas isolément dans l'esprit mais toujours successivement. Par une illusion, je ne sais laquelle, peut-être par cette loi qui nous fait accorder plus d'importance au phénomène final d'une série et oublier le signe quand nous tenons la chose signifiée, il oublie la première sensation provocatrice D, il ne la perçoit pas dans son champ de conscience, il ne saisit que l'image évoquée G. Cette image étant assez nette, il la localise bien, mais elle correspond seulement au point symétrique du point excité [1].

On s'étonnera peut-être de me voir insister un peu sur ce petit fait; on verra plus tard, quand nous parlerons du mouvement, qu'il se retrouve dans plusieurs circonstances et qu'il est indispensable de le bien connaître pour étudier un phénomène qui a beaucoup intéressé les observateurs, celui du transfert.

6° **Anesthésies des sens spéciaux.** — Je passe sous silence les anesthésies du goût, de l'odorat, de l'ouïe dont les caractères sont connus. On sait que la dernière est fort rare et toujours unilatérale [2]. On sait aussi que ces anesthésies laissent subsister des phénomènes subconscients incontestables. Quoique Witm. ait une anesthésie complète de l'oreille gauche et paraisse ne rien entendre quand l'oreille droite est bouchée, on peut

1. Je regrette de ne point connaître les travaux qui ont dû être faits précédemment sur l'allochirie hystérique. Je ne sais si mes observations et mon hypothèse se rapprochent de celles qui ont déjà été faites.
2. Pitres, *op. cit.*, I, 93.

cependant lui faire alors des suggestions verbales qui seront très bien exécutées à son insu.

7° **Anesthésie du sens visuel.** — Il est impossible d'examiner ici tous les troubles de la vue qui ont été l'objet de travaux remarquables et très connus. Je ne désire insister que sur un point particulier qui m'a toujours

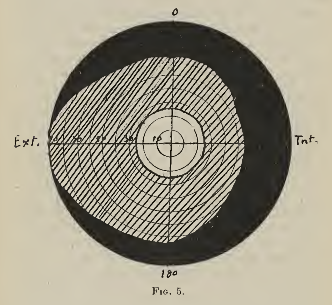


Fig. 5.

vivement intéressé, le *rétrécissement du champ visuel.* Le champ visuel est un ensemble, un système de sensations perçues simultanément, il se comporte comme le champ de la conscience elle-même, il se rétrécit de la même manière. La sensation qui sert de centre autour duquel se groupent les autres, celle qui obtient toujours le maximum de conscience, est naturellement, sauf dans des cas exceptionnels, la sensation visuelle la plus nette, celle qui correspond au point de fixation.

Aussi est-il naturel que le champ visuel, rétréci pour des causes psychiques, prenne la forme circulaire autour de ce centre, cela se voit en effet régulièrement dans tous les champs visuels très petits (fig. 5). Quand le champ n'est pas très rétréci, j'ai cru remarquer qu'il n'était pas régulièrement circulaire, mais affectait plutôt une forme à

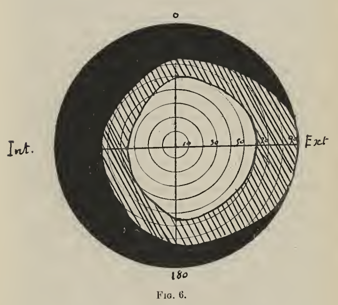


Fig. 6.

peu près concentrique au champ normal, qui n'est pas non plus circulaire (fig. 6). Les exceptions à ces lois sont fort rares et devraient être étudiées avec soin pour voir si elles ne dépendent pas de quelque idée fixe tout à fait accidentelle. Briquet signalait comme assez commune (ce qui nous paraît bien singulier) l'hémianopsie hystérique[1]. M. Pitres admet l'existence du

1. Briquet, *op. cit.*, 294.

scotome central et de l'hémiopie latérale dans l'hystérie non compliquée, bien entendu, de lésions encéphaliques[1]. M. Féré et d'autres auteurs nient absolument l'existence de ces formes dans l'hystérie. Nous n'osons prendre parti dans cette querelle, et nous ne voulons pas douter d'un phénomène parce qu'il ne semble pas s'accorder avec nos conceptions psychologiques. Nous dirons seulement que sur une centaine de malades dont nous avons pris souvent le champ visuel dans bien des circonstances différentes, nous n'avons jamais rencontré des modifications de ce genre.

Si le champ visuel est le plus souvent concentrique, il est *extrêmement mobile* dans son étendue; il semble suivre dans son élargissement et son rétrécissement toutes les modifications que subit l'esprit des malades; il est, pour certaines malades, comme le baromètre de l'hystérie. Signalons d'abord quelques circonstances qui l'élargissent. L'état somnambulique, comme nous l'avons déjà remarqué à propos des autres sens, l'augmente souvent d'une façon énorme : Berthe passe de 5° à 90°, Maria de 40° à 80°, Marguerite de 35° à 60°, Fernande de 40° à 60°, etc.[2]. Cet élargissement peut persister si le somnambulisme se prolonge ou diminuer, si on laisse le sujet seul sans l'exciter. Berthe, au bout de deux heures de somnambulisme, est tombée de 90° à 60°. Cet élargissement persiste quelquefois après le somnambulisme. M. n'a que 9° avant d'être endormie, elle en a 20° après être réveillée. Si on ajoute au somnambulisme l'effet de la suggestion, on peut l'augmenter encore. M. au lieu de 20° aura au réveil, pendant quelque temps, 40°. D'autres excitations physiques ou morales ont des effets analogues : Cl. n'a que 20° de l'œil gauche; si on la laisse se griser avec de l'éther elle en a 40°. M. Parinaud a vu que souvent il suffisait

1. Pitres, *op. cit.*, I, 98.
2. Un seul chiffre employé pour représenter le champ visuel, désigne l'angle le plus grand, l'angle externe.

de faire ouvrir l'œil du côté sain pour que le champ de vision de l'œil amblyopique s'accrût aussitôt de 10° à 20° [1]. Les sensations de l'œil sain appellent dans la perception personnelle, par une association préétablie, celles de l'œil négligé.

Les influences qui diminuent le champ visuel sont encore plus nombreuses. Tout affaiblissement physique influe sur lui. Maria, qui a d'ordinaire 40°, présente 20° au moment de ses règles. Eug. passe de 70° à 30° après deux petites attaques et de 70° à 40° après une nuit d'insomnie. M. Charcot remarque qu'un malade Porcz, dont le champ visuel paraissait d'abord normal, a présenté un champ visuel rétréci après une sortie dans laquelle il s'est fatigué [2]. Il en est de même pour les phénomènes moraux : la fatigue, au cours même d'un examen oculaire, réduit le champ visuel et fait croire au médecin que le rétrécissement est énorme [3]. D. a 55°, si on l'examine rapidement ; elle tombe à 25°, si on met dix minutes à faire l'examen. Les préoccupations, les émotions, et par-dessus tout l'existence des idées fixes dans l'esprit du sujet rétrécissent le champ visuel, et j'ai déjà dit qu'on pouvait suivre les idées fixes de Justine et de Maria rien qu'en prenant leur champ visuel.

Un dernier phénomène me semble plus important pour la psychologie et mérite une analyse un peu plus longue. Je discutais autrefois avec l'un de mes premiers maîtres, M. Gibert, le diagnostic de l'hystérie chez une malade dont nous étudiions le somnambulisme. Je disais à M. Gibert : « J'ai mesuré son champ visuel et il est pour chaque œil de 15°. — C'est impossible, me répondit-il, je l'ai examiné sommairement et je l'ai trouvé presque normal. » Cette contradiction me frappa vivement et je cherchai à me rendre compte de la façon dont elle avait pu se produire. Voici ce que

1. Pitres, *op. cit.*, I, 104.
2. Charcot. *Mal. du syst. nerv.*, III, 324.
3. Gilles de la Tourette, *op. cit.*, 336.

j'ai alors remarqué : Pour examiner rapidement le champ visuel des malades je me servais alors d'un périmètre portatif inventé par M. Azoulé, un simple arc de bois que je soutenais au centre avec ma main gauche. Le sujet, très souvent hypnotisé par moi, se fixait, dans une sorte de contemplation, sur ma main et avait alors un champ visuel de 15°. Si je prenais un instrument moins rudimentaire et porté sur un support, le sujet regardait le point central avec beaucoup moins d'attention et avait un champ visuel, non point normal, mais beaucoup plus large. J'en conclus que la nature du point fixé par le sujet et le degré d'attention qu'il y accordait jouait un rôle dans l'étendue du champ visuel[1].

C'est à ce propos que j'ai entrepris une série de recherches ainsi conduites. Au centre de l'appareil, sur le point central, je fixe un morceau de papier sur lequel se trouvent, suivant les cas, quelques phrases écrites assez fin ou quelques nombres. Je place le sujet dans la position voulue pour lui mesurer le champ visuel, je lui ferme un œil et je le prie non seulement de regarder au centre, mais encore de lire le papier ou d'opérer mentalement une opération arithmétique sur les chiffres qui y sont inscrits. Lorsque l'attention est bien fixée sur ce travail, ce qui, d'ordinaire, n'a lieu qu'au bout de quelques instants, je promène le bâton qui porte un petit objet blanc sur le périmètre, du côté externe de l'œil examiné, en allant de la périphérie vers le centre, je l'arrête quelques instants au point que je sais être dans le champ du sujet, 40°, par exemple. A ce moment je retire le sujet de son travail et je lui demande s'il a vu le signal s'avancer sur l'arc. Suivant sa réponse, je recommence la même opération dans les

1. J'ai déjà communiqué ces faits au congrès de psychologie physiologique de 1889. Je suis heureux d'apprendre qu'un de mes amis M. Ségles [les a constatés depuis d'une façon indépendante sans connaître cette première communication.

mêmes conditions en laissant le signal plus loin ou en l'avançant vers le centre. On arrive ainsi à déterminer le champ visuel du sujet pendant la fixation de l'attention.

Chez beaucoup d'hommes normaux ces conditions ne modifient pas le champ visuel ; chez quelques-uns elles le diminuent de 5° et même de 10°. Mais chez les hystériques et, en général, chez les malades dont l'attention est modifiée, ce procédé amène des rétrécissements surprenants. Marguerite, dont le champ visuel est de 40°, n'a plus que 10°. Maria a un champ visuel très variable, mais quel qu'il soit, grand ou petit au moment de l'expérience, il se rétrécit toujours par l'attention; il passe de 80° à 20°, de 65° à 30°, de 30° à 15°. Justine n'a pas à l'ordinaire, sauf dans l'état d'idées fixes, de rétrécissement apparent, dans ces conditions nouvelles, elle passe de 90° à 30°. Berthe a normalement un champ visuel de 5°; mais, par des excitations, et en particulier dans l'état somnambulique, son rétrécissement disparaît et le champ est de 90°. Si, pendant ces états artificiels, on exige d'elle un effort d'attention visuelle, immédiatement elle revient à son petit champ habituel de 5°. En un mot, dans un grand nombre de cas, chez ces débiles, l'effort d'attention visuelle rétrécit d'une manière très notable leur champ visuel.

Cette constatation n'est pas sans intérêt; au point de vue clinique, elle fournit un élément de diagnostic et permet de retrouver ce grand symptôme hystérique, le rétrécissement du champ visuel, quand il se dissimule. Chez Justine et chez Berthe, dans les cas que j'ai indiqués, le champ visuel paraît normal; cet artifice montre le rétrécissement qui était, en quelque sorte, latent. Au point de vue psychologique, c'est un petit fait à étudier pour comprendre les troubles de l'attention et l'attention elle-même. On voit ici que les phénomènes de l'attention ne dépendent pas uniquement de mouvements, comme on l'a prétendu, car les modifica-

tions du champ visuel ne peuvent pas être rattachés à des mouvements. On voit comment la puissance de perception personnelle ne peut pas, quand elle est petite, se porter sur un point sans abandonner les autres. Enfin, il serait peut-être possible de constater ici l'effort de l'attention pour synthétiser des phénomènes. C'est parce qu'il y a plus de détails à percevoir au point central que le champ visuel périphérique diminue.

Sans insister sur ces questions purement psychologiques, je me contente de faire remarquer que les études sur quelques formes particulières d'anesthésie, et en particulier l'étude du champ visuel, sont venues confirmer notre conclusion générale. Dans tous les cas, même dans le dernier, les sensations n'ont pas disparu absolument, elles sont simplement devenues subconscientes parce qu'elles sont sorties du champ de la conscience[1]. Le rétrécissement du champ visuel peut être considéré comme l'emblème de la sensibilité hystérique, en général. La perception personnelle, la conscience que *nous* avons *nous-mêmes* des faits de conscience est moins large; elle ne parvient plus à réunir la quantité normale des faits ordinairement perçus. Ce n'est qu'une représentation des phénomènes; d'autres études nous apprendront peut-être avec un peu plus de précision si ce rétrécissement du champ de conscience dépend de quelque idée fixe ou s'il doit être considéré comme primitif et rattaché à un épuisement général.

1. Cette conception de l'anesthésie hystérique a déjà été confirmée par un certain nombre d'études intéressantes que nous sommes heureux de signaler. Outre les articles de M. Binet et de M. Onanoff, qui ont déjà été cités, nous indiquerons le travail de M. Max Dessoir, Das doppel-Ich. *Schriften der gesellschaft f. exp. psych. zu Berlin*, mai 1889; le livre de MM. Paul Blocq et I. Onanoff, *Séméiologie et diagnostic des mal. nerveuses*, 1892, 199 et l'article de M. Paul Blocq, Des stigmates hystériques, *Gazette des hôpitaux*, 23 janvier 1892.

CHAPITRE II

LES AMNÉSIES

L'étude de la mémoire et de ses modifications est certainement l'une des plus importantes pour la psychologie pathologique aussi bien que pour la psychologie normale [1]. On peut considérer comme démontré qu'un très grand nombre de troubles de l'intelligence, de l'activité, du caractère et du mouvement même sont en dernière analyse des troubles de la mémoire. Pour les hystériques en particulier, les faits les plus éloignés en apparence, comme leurs caprices, leur suggestibilité et leurs paralysies, sont dus en dernière analyse à des altérations de la mémoire. Une étude complète sur cette fonction donnerait l'explication d'un grand nombre des phénomènes de l'aliénation. Malheureusement un semblable travail est aujourd'hui des plus difficiles sinon impossible. Que l'on essaye seulement de classer logiquement toutes les amnésies et l'on verra dans quel dédale de faits et d'observations on s'égare. La mémoire est en effet une des fonctions les plus complexes de l'esprit, et chacune des parties qu'elle contient peut se modifier et indirectement altérer toutes les autres. Bien convaincu de ces difficultés, je ne chercherai pas à entrer dans les détails de l'amnésie

1. Ce chapitre renferme, avec quelques compléments, une conférence faite à la Salpêtrière le 17 mars 1892. *Archiv. de neurologie*, juillet 1892, II, 29.

comme j'ai tenté de le faire pour l'anesthésie ; je me contenterai de faire comprendre autant que possible les faits principaux.

§ 1. — DESCRIPTION ET CLASSIFICATION

Pour décrire les *amnésies* hystériques, il faut, à mon avis, mettre en première ligne un caractère qui surprendra peut-être un peu. Elles sont *très fréquentes*, et se rencontrent sous des formes diverses presque aussi souvent que les anesthésies. Briquet le remarquait déjà : « La faculté de fixer l'attention, dit-il, est notablement diminuée : aussi la mémoire est-elle faible et souvent nulle chez les hystériques. J'ai vu une malade chez qui l'amnésie était portée à un point tel qu'elle ne savait plus mesurer le temps, le fait de la veille ne lui paraissait pas plus proche que celui qui avait eu lieu plusieurs années auparavant. Cette diminution de la mémoire est un fait assez commun [1]. » M. Charcot a insisté souvent sur le même fait : il remarque que l'amnésie des hystériques, victimes d'un traumatisme, « ne porte pas seulement sur les choses qui sont relatives à l'accident, mais même sur les choses présentes [2] ». Il signale aussi les erreurs d'interprétation auxquelles ces oublis donnent lieu. « Ce malade, dit-il, a été presque toujours repoussé des hôpitaux comme simulateur; il est vrai qu'il se contredit souvent dans ses récits et qu'il ment peut-être quelquefois ; mais il faut tenir compte d'un état mental encore insuffisamment étudié, fréquent surtout dans l'hystérie virile et où l'amnésie temporaire tient une grande place. Il y a du vrai et du faux sans doute dans ce qu'il raconte, mais c'est au médecin, ainsi que je vous le disais l'autre jour, à savoir

1. BRIQUET, *op. cit.*, 519.
2. CHARCOT, *Mal. du syst. nerv.*, III, 401.

démêler ce qui est véridique et à ne pas condamner du premier coup sans examen plus approfondi[1]. »

Ces remarques se vérifient tous les jours très facilement. M. Gilles de la Tourette[2], M. Souques et beaucoup d'autres remarquent une difficulté particulière que l'on rencontre dans l'examen des hystériques. Leurs récits sont sans cesse incomplets et contradictoires, elles racontent tout autrement le lendemain l'observation que l'on a écrite la veille sous leur dictée. Il n'est pas possible de se fier à leurs récits pour reconstituer l'histoire de leur vie et celle de leur maladie.

Mille détails que l'on peut relever, quand on observe leur manière d'être dans le service, nous amènent à la même conclusion. Bien des malades, en entrant à la Salpêtrière, pleurent et gémissent, à la pensée de quitter leurs parents, de vivre seules à l'hôpital. Le lendemain, tout est passé, elles ont oublié leurs regrets et elles croient, disent-elles, être dans la maison depuis des mois. Plusieurs d'entre elles, à cause de leurs oublis et de leurs distractions continuelles, sont tout à fait incapables de faire un travail, de rendre quelques services. Les envoie-t-on faire une commission, elles reviennent au bout de quelques heures, sans avoir rien fait, ayant tout à fait oublié le but de leur sortie. L'une d'elles se fâche un jour contre moi et me fait des reproches imaginaires plus ou moins polis; le lendemain, je me crois obligé de lui témoigner quelque froideur. Elle en est très surprise et vient tout inquiète me demander ce que j'ai contre elle; elle avait absolument oublié la scène de la veille. En un mot, il suffit de les interroger au hasard sur leur vie à l'hôpital, comme sur leur vie passée, de leur demander ce qu'elles ont fait la veille, le matin, sur ce qu'elles ont projeté de faire l'après-midi, on en rencontrera certainement plusieurs qui ne pourront pas

1. Charcot, Leçons du mardi à la Salpêtrière, 1887, 297.
2. Gilles de la Tourette, *op. cit.*, 552.

répondre. Elles vivent au jour le jour, à peine capables, comme on l'a vu, de bien comprendre ce qui se passe dans le moment présent et le plus souvent impuissantes quand il s'agit de disposer des souvenirs du passé et des images de l'avenir.

Ces oublis continuels doivent être bien connus, car on ne pourrait sans cela comprendre la conduite des malades. Comme le disait M. Charcot, c'est de là que viennent, non pas toujours, mais très souvent, les prétendus mensonges des hystériques. Ainsi s'expliquent également bien des caprices, des changements d'humeur, des ingratitudes, des inconséquences en un mot, car la liaison du passé avec le présent qui donne du sérieux et de l'unité à la conduite dépend en grande partie de la mémoire. Enfin, ces remarques sont importantes au point de vue clinique; en effet, bien que cela paraisse peut-être étrange, les oublis des hystériques, nombreux, variables, portant sur des mouvements et des actes aussi bien que sur des idées, peuvent simuler les plus graves démences, et le diagnostic est ici d'une importance capitale.

Pour classer les troubles de la mémoire que présentent les hystériques, il faut d'abord mettre de côté les affaiblissements congénitaux de la mémoire qu'elles peuvent présenter, mais qui ne sont pas propres à leur maladie. M. Sollier, qui a très complètement décrit beaucoup de troubles de la mémoire et qui a travaillé à mettre de l'ordre dans toutes ces variétés si nombreuses, reprend une ancienne expression et appelle ces affaiblissements des *dysmnésies*[1]. L'hystérie peut atteindre des personnes d'intelligence faible, dont le cerveau congénitalement ou accidentellement n'est pas capable de fixer les souvenirs. Je ne ferai pas allusion à ces altérations. La mémoire peut aussi présenter des modifications délicates portant, non sur le souvenir lui-même, mais sur les

1. Paul Sollier, *Les affaiblissements de la mémoire*, 1892, 10.

opérations intellectuelles qui s'y surajoutent d'ordinaire. La localisation des souvenirs en particulier peut être très vague, tandis que le souvenir est en réalité conservé, et diverses illusions assez curieuses peuvent en résulter. Ces *paramnésies*, pour employer l'expression de M. Sollier[1], sont fréquentes chez les hystériques; il vaut mieux les laisser de côté au début de ces recherches et décrire d'abord des amnésies proprement dites où la perte du souvenir semble plus nette et plus complète.

Ces amnésies me paraissent former d'abord trois grandes classes analogues à celles qui ont été adoptées pour les anesthésies : ce sont les *amnésies systématisées*, *localisées* et *générales*. Mais il sera nécessaire d'ajouter ici une quatrième catégorie, celle des *amnésies continues* pour un groupe de lésions de la mémoire tout à fait particulier et qui se sépare de toutes les précédentes. Les trois premières formes sont, comme leur nom l'indique, des pertes de souvenirs et, quoique cela semble naïf, il faut remarquer qu'un souvenir ne peut être perdu que s'il a existé; les amnésies portent donc sur des souvenirs véritables que le malade a possédés et qu'il a pu manifester pendant un certain temps. On verra que ce caractère si important ne se retrouve pas dans la dernière classe qui est par conséquent bien distincte.

Les premières, les **amnésies systématisées** sont peut-être les plus fréquentes; les malades perdent, non pas tous les souvenirs acquis pendant une période, mais une certaine catégorie de souvenirs, un certain groupe d'idées du même genre formant ensemble un système. Ainsi, elles oublieront ce qui a rapport à leur famille ou toutes les idées relatives à telle personne. Une femme, après l'accouchement, oubliera non seulement la naissance de son enfant, mais encore les faits qui s'y rattachent, comme le nom de son mari et même son mariage,

1. Paul Sollier, *op. cit.*, 15.

tandis qu'elle aura le souvenir des autres faits étrangers à la naissance de l'enfant. Il y avait à la Salpêtrière, depuis plusieurs mois, une jeune fille nommée Célestine, atteinte très gravement d'hystérie. Comme cette malade m'intéressait, je m'étais occupé d'elle dès son entrée et à peu près tous les jours; aussi devint-elle bientôt très familière avec moi. Mais un jour, quand je lui dis bonjour en passant, elle me regarde avec un air étonné, ne me répond pas, et s'en va parler tout bas à la surveillante de la salle. Comme il était naturel, j'ai demandé à M[lle] la surveillante ce qu'avait aujourd'hui Célestine et ce qu'elle disait ainsi en me désignant : « Ce n'est rien, me répondit-elle, Célestine n'est pas malade, mais elle semble devenir stupide; la voici qui demande qui vous êtes, et elle s'étonne qu'un élève, nouvellement arrivé dans le service, l'appelle par son petit nom et la connaisse. » Je crus à une mauvaise humeur ou à une plaisanterie, mais après avoir examiné la malade, il fallut se rendre à l'évidence : Célestine avait eu la veille une crise assez forte qui avait bouleversé, comme cela arrive souvent, son état mental, et elle m'avait complètement oublié. Sa mémoire, pour tous les événements survenus pendant son séjour à l'hôpital, était évidemment très faible; mais elle se rappelait assez bien les autres personnes et me semblait avoir surtout perdu tout souvenir des faits auxquels j'avais été mêlé. Peut-être cet état bizarre de la mémoire aurait-il duré quelque temps; mais je fus curieux de provoquer le sommeil hypnotique pour voir s'il avait changé aussi. Dans le somnambulisme elle ne présentait plus le même trouble et se souvenait de moi comme à l'ordinaire; au réveil tout était rétabli et cette singulière amnésie systématisée, survenue après une attaque, avait disparu.

De tels oublis portent souvent sur le langage, je ne parle pas de la perte absolue du langage, des variétés du mutisme, mais de l'oubli de certains mots ou de certaines catégories de mots. G., par exemple, à la suite

d'une violente émotion, a présenté des somnambulismes spontanés la nuit, puis de grandes attaques d'hystérie. Ce qui est ici intéressant, c'est qu'elle présente un oubli, très systématique, qu'il est facile de constater. Elle a passé trois ans en Angleterre et elle parlait et comprenait la langue anglaise d'une façon très suffisante. Mais, dans ces derniers mois, depuis que la maladie s'est aggravée, elle a complètement oublié la langue anglaise dont elle ne peut plus comprendre ni prononcer un mot. Ces pertes de langage peuvent être encore plus spéciales : Berthe oublie les noms propres, elle les confond d'abord, dit à chaque instant l'un pour l'autre, puis, elle les perd à peu près complètement et, involontairement, elle appelle tout le monde du nom de « Marie ». Justine perd la mémoire motrice de certains mots, elle les entend, mais ne peut pas les prononeer : il faut que son mari les articule nettement devant elle pour qu'elle *voie* le mouvement des lèvres et essaye de le reproduire. Quand elle est seule et qu'elle veut prononcer ces mots, il faut qu'elle évoque l'image visuelle des lèvres de son mari pour copier le mouvement. Elle a beaucoup d'oublis de l'écriture et tout d'un coup ne sait plus du tout comment s'écrit un mot, ou elle l'écrit avec une orthographe fantaisiste, ou elle le passe tout simplement. Inutile de faire remarquer que ces petits oublis observés dans une parole ou une écriture pourraient faire penser à tout autre chose qu'à de l'hystérie.

Ces derniers exemples nous amènent naturellement aux oublis qui portent sur des mouvements. Les mouvements, comme on le sait, ne sont que la manifestation extérieure de certaines images. Ces images, de nature variable suivant les individus, sont appelées images motrices et leur perte, qui n'est en somme qu'une amnésie véritable, se manifeste extérieurement par une sorte de paralysie. On peut artificiellement produire par suggestion des paralysies systématisées comme des anesthésies systématisées. J'en ai rapporté déjà de nombreux

exemples[1]. N., par exemple, ne saura plus mettre les mains dans la position de la prière, ne saura plus faire un nœud à une ficelle, etc. Le même fait se produit naturellement : telle malade ne sait plus coudre, telle autre ne sait plus faire son lit. Ces oublis moteurs peuvent porter sur des mouvements très spéciaux, comme ceux des yeux, et contribuent pour une grande part à ce qu'on a appelé l'*ophtalmoplégie externe* des hystériques[2]. Célestine, par exemple, à la suite d'une attaque, a perdu le pouvoir de regarder volontairement à gauche, ses yeux s'arrêtent sur la ligne médiane dès qu'on lui demande de les diriger à gauche. La plus importante de ces paralysies systématisées est certainement celle qui porte sur les mouvements de la marche. Elle forme un véritable syndrome qui a été très bien décrit par M. Paul Blocq sous le nom d'*astasie-abasie* : « C'est une perte des synergies musculaires qui assurent l'équilibre dans la station verticale et dans la marche[3]. »

Dans certains de ces cas, le trouble n'est pas simple; il s'y joint souvent une idée fixe, celle de marcher toujours sur la pointe des pieds, par exemple, comme chez Rém. qui semble avoir peur d'écraser des œufs. Mais le plus souvent, le malade ne présente aucune idée fixe, aucune paralysie nette; il a conservé certaines allures, il sait courir, sauter à cloche-pied, marcher à quatre pattes, etc; il a seulement oublié « comment on s'y prend pour marcher ». Un cas très curieux rapporté par MM. Sèglas et Sollier[4] nous montre bien le rapport de ces troubles du mouvement avec les amnésies pro-

1. *Autom. psych.*, 357.
2. Ballet, *Revue de médecine*, 1888, 337, 513. — F. Raymond et E. Kœnig, Sur la dissociation des mouvements oculaires chez les dégénérés hystériques. *Annales d'oculistique*, juillet 1891.
3. P. Blocq, Sur une affection caractérisée par de l'astasie et de l'abasie. *Archives de neurol.* 1888, 43 et *les Troubles de la marche dans les maladies nerveuses.* 1892, 55. — Paul Richer, Paralysies et contractures hystériques, 1892, 54.
4. J. Sèglas, et P. Sollier, Folie puerpérale, amnésie, astasie, et abasie. *Archives de neurologie*, n° 60.

prement dites. La malade perd le pouvoir de marcher, de se tenir debout, de coudre, mais en même temps elle ne reconnaît pas son mari, ni son fils, elle ne sait plus le jour de la semaine, elle ne retient plus rien de ce qu'on lui dit. Il y a chez elle « analogie entre les différents phénomènes du domaine intellectuel et ceux du domaine organique et automatique secondaire[1] ». Tous ces faits, quoiqu'en apparence différents, méritent d'être rangés sous le nom d'amnésie systématisée.

Les **amnésies localisées** sont encore plus connues que les précédentes, elles frappent davantage l'observateur. Les événements dont le souvenir est perdu sont réunis par un caractère commun : ils appartiennent tous à une même époque, à une même période de la vie de la malade. Le plus souvent les choses se passent ainsi : à la suite d'un accident ou d'une émotion, l'hystérique, qui semblait jusque là se porter assez bien, a une violente attaque. Quand la crise est finie, la malade semble reprendre sa vie ordinaire; mais les personnes de son entourage remarquent quelques bizarreries dans sa conduite et dans ses paroles. En l'interrogeant, elles constatent que la malade ne se souvient pas de certaines périodes de son existence.

Dans le cas le plus simple, mais non le plus fréquent, la malade a uniquement oublié l'événement principal, son émotion et son attaque. C'est ce que M. Sollier appelle l'amnésie simple[2]; plus souvent le sujet a oublié, outre l'événement principal, une certaine période de sa vie précédant cet événement. Ainsi j'ai vu amener à l'hôpital du Havre une femme qui avait eu un accident de ce genre. A la suite d'une attaque survenue au mois de novembre, quelques jours avant son entrée à l'hôpital, elle était restée paraplégique et avait oublié tous les faits survenus dans les trois mois précédents;

1. Sollier, *Amnésies*, 205.
2. Sollier, *op. cit.*, 158.

elle racontait en détail sa vie au début du mois d'août, mais ne pouvait rien dire sur ce qui était arrivé en septembre ou en octobre[1]. Quelquefois le point auquel cette amnésie s'arrête est parfaitement net. Mme D. peut raconter en détail ce qui s'est passé le 14 juillet et ne sait plus rien de ce qui est arrivé le 15. Dans d'autres cas, les derniers jours auxquels l'amnésie remonte sont vagues, et le sujet s'en souvient incomplètement. Enfin il faut être prémuni contre une difficulté très fréquente dans l'examen des hystériques. Célestine, qui a aussi eu à la suite d'une attaque une période d'oubli de ce genre, comblait cette lacune par des événements imaginaires. Ces accidents sont désignés par le nom fort juste d'amnésie rétrograde ; je me contente pour le moment de la signaler, quitte à revenir sur elle en cherchant les explications que l'on peut donner de telle ou telle forme particulière d'amnésie. Enfin l'amnésie peut porter non pas sur les événements qui ont précédé l'émotion ou l'attaque, mais sur les événements qui l'ont suivie. Au bout d'un certain temps, ordinairement assez court, le sujet, qui avait paru remis de son émotion et qui semblait à peu près normal, se réveille complétement et rentre tout à fait dans son existence psychologique ordinaire ; on constate alors qu'il a oublié non seulement l'événement, non seulement ce qui l'a précédé, mais encore ce qui l'a suivi. On peut appeler cet oubli « amnésie antérograde », car elle porte sur des événements qui sont venus après l'émotion principale. M. Sollier l'appelle plus précisément « amnésie antérograde de reproduction[2] ». N'oublions pas cependant que c'est toujours une maladie qui n'a d'effet que sur les souvenirs acquis anciennement avant le moment du réveil complet, elle ne modifie pas l'acquisition des souvenirs présents : c'est toujours une amnésie localisée.

1. Voir, dans l'*Autom. psych.*, p. 93, l'observation de la malade décrite sous le nom de Rose.
2. Sollier, *op. cit.*, 79.

Très souvent ces amnésies localisées peuvent être beaucoup moins importantes, beaucoup plus courtes surtout. Elles portent, par exemple, sur certaines actions qui ont semblé évidemment être accomplies d'une manière anormale. Certains rêves de la nuit pendant lesquels la malade s'est agitée et a parlé beaucoup, certains délires qui accompagnent l'attaque, certains états anormaux qui suivent quelquefois l'attaque semblent ne laisser aucune trace dans la mémoire. Ces faits sont bien connus, je préfère insister sur d'autres amnésies qui portent sur des périodes en apparence normales. Il est juste de citer à ce propos quelques lignes d'un livre déjà ancien mais très curieux, celui du docteur Despine (d'Aix). Il contient, à mon avis, l'une des premières et des plus remarquables descriptions de l'état mental d'une hystérique : « Quelquefois, dit-il en parlant de sa malade, il y avait un état moral tout particulier observé par la mère d'Estelle et dont elle n'avait pu se rendre compte encore. Il lui arrivait souvent de faire ou d'entendre une lecture qui semblait l'avoir vivement intéressée et, peu d'instants après, l'enfant ne paraissait pas en conserver le moindre souvenir ! On la portait à la promenade (elle était paraplégique), elle voyait tout ce qui se passait autour d'elle, y prenait intérêt, en causait, etc., et, au retour, souvent elle semblait avoir tout oublié, ou bien s'il en restait quelques traces, elles n'étaient que fugitives et comme un rêve qui s'enfuyait[1]. » Que de fois nous avons vérifié cette observation de Despine ; combien de malades qui paraissent attachées à une lecture ou à un travail et qui sont incapables, si on les interroge quelques moments après, de nous dire ce qu'elles viennent de faire. « Ce sont des états seconds atténués, disait M. Sollier, qui a aussi remarqué les mêmes faits[2]. » Ce caractère me paraît très important ;

1. Despine (d'Aix). — *De l'emploi du magnétisme animal dans le traitement des maladies nerveuses*, 1840, p. 12.
2. Sollier, *op, cit.*, 199.

il faut conserver la pensée que, d'une façon générale et naturelle, l'hystérique est très disposée aux amnésies localisées. Cela explique, à mon avis, bien des phénomènes que l'on produit sur elles artificiellement et qui ne sont qu'une application particulière de cette prédisposition constante.

Dans des cas infiniment plus rares, l'amnésie peut être **générale**; la malade, après une série d'attaques ou de sommeils, peut avoir perdu d'une façon en apparence complète tous les souvenirs acquis précédemment pendant sa vie. Il semble qu'elle naisse une seconde fois, et qu'elle doive réapprendre tout ce qu'elle avait déjà appris une première fois depuis son enfance. Je n'insisterai pas sur cette forme étrange d'amnésie hystérique, parce que les cas assez rares de ce genre, qui ont été observés, sont bien décrits par plusieurs auteurs[1], et parce que je n'ai pas eu l'occasion d'en observer un moi-même. Certaines malades ont dû apprendre de nouveau à lire, à écrire, quelquefois même à prononcer les noms les plus communs. Comme le dit M. Ribot, il faut faire toute une rééducation. On connaît bien les observations célèbres de Mortimer Granville, de Scharpey, de Macnish, etc. : ces observations sont reproduites partout. On a lu moins souvent, et cela est fâcheux, car le cas est des plus curieux, l'observation de Mary Reynolds publiée par Weir Mitchell[2]. Mary Reynolds semblait dans son enfance avoir une bonne santé physique et morale; elle était intelligente, calme, plutôt un peu réservée et triste. Vers l'âge de 18 ans, elle eut quelques syncopes, quelques attaques hystériques. A la suite d'une attaque exceptionnellement violente, elle resta insensible, aveugle et sourde. Après cinq à six semaines, les sens revinrent graduellement; mais à ce

1. Ribot, *Les maladies de la mémoire*, 1883, 63.
2. Weir Mitchell. *Mary Reynolds, a case of double consciousness.* Philadelphie, 1889.

moment, elle entra dans un profond sommeil qui dura une vingtaine d'heures. Quand elle se réveilla, elle avait perdu absolument tous les souvenirs, « elle était comme un être entrant pour la première fois dans ce monde[1] ». Tout ce qu'elle avait conservé du passé, c'était la faculté de prononcer un petit nombre de mots instinctivement, sans leur accorder de sens. « Ses yeux semblaient ouverts pour la première fois sur le monde ; » les personnes, les maisons, les champs, les arbres, tout semblait pour elle des choses inconnues. Il fallut tout lui apprendre, « en un mot, c'était un enfant, qui venait de naître mais avec les facultés de l'âge adulte ». Je n'étudie pas maintenant ce que devint cette seconde existence, je signale seulement cet exemple extraordinaire d'amnésie générale.

Amnésies continues. — Toutes les amnésies précédentes étaient, comme je l'ai dit, la perte de souvenirs réels qui avaient été autrefois acquis et qui s'étaient déjà plusieurs fois manifestés en tant que souvenir. Les hystériques peuvent présenter une tout autre modification de la mémoire, plus grave peut-être encore que les précédentes. Les souvenirs peuvent être altérés dans leur formation même : le malade peut perdre d'une manière continue la faculté d'acquérir des souvenirs, l'amnésie marche en avant, elle est *antérograde*, comme disait M. Charcot[2], *antérograde de conservation*, disait aussi M. Sollier[3]. Si j'osais modifier l'usage établi, je dirais que ce n'est pas à proprement parler une amnésie, c'est-à-dire une perte de souvenirs, puisqu'il n'y a pas de souvenirs. C'est plutôt un trouble dans la façon de percevoir les choses, dans l'attention. Mais puisque la manifestation principale de cette altération

1. Weir Mitchell, *op. cit.*, « To all intents and purposes she was as a being for the first time ushered into the world. »
2. Charcot, Sur un cas d'amnésie rétro-antérograde, probablement d'origine hystérique. *Revue de médecine*, 10 fév. 1892, p. 81.
3. Sollier, *op. cit.*, 159.

est en réalité une absence des souvenirs qu'un homme normal aurait eus, je décrirai le symptôme comme une amnésie, et j'en étudierai le mécanisme en traitant des troubles de l'attention, de l'aprosexie.

Presque toutes les hystériques présentent à un certain degré cette amnésie; elle entre pour une bonne part dans ce qu'on appelle vulgairement leurs distractions et leurs étourderies. A. ne se souvient pas des chemins qu'on lui fait faire et se perd dans les rues pour rentrer; elle est renvoyée de sa place de domestique, parce que, malgré sa bonne volonté, elle oublie toujours les ordres qu'on lui donne. C., un homme, a commencé par avoir des amnésies localisées, puis des oublis plus étendus, maintenant il oublie presque tout : « Je cause avec quelqu'un, et dès qu'il a le dos tourné je ne sais plus avec qui, ni de quoi j'ai parlé. » Une autre malade ne peut jamais retrouver ses affaires, car elle oublie toujours où elle les a placées. Beaucoup d'auteurs ont signalé des faits de ce genre [1].

Mais, pour étudier ce symptôme, il faut choisir des cas où il se montre beaucoup plus net et tout à fait prédominant. Il m'a surtout semblé frappant chez une malade du service de M. Falret, Marcelle, sur laquelle j'étudiai un caractère essentiel de l'hystérie, l'absence de volonté, l'aboulie. Voici les remarques que j'avais faites sur son intelligence et sa mémoire : « Au premier abord on croit avoir affaire à une personne intelligente; elle cause en général facilement quand elle n'est pas trop intimidée; montre qu'elle a reçu quelque instruction et sur certains sujets, en particulier quand on lui parle de son père, fait preuve de délicatesse dans ses jugements. Mais essayons de mesurer son intelligence avec un critérium dont on se sert souvent. Cherchons ce qu'elle a appris, ce qu'elle a compris des choses qui se passent autour d'elle. Interrogeons-la en particulier

1. Raymond, Anesthésie cutanée. *Revue de médecine*, 1891, 396.

sur son séjour à l'hôpital... Eh bien, Marcelle nous étonne par son ignorance; elle est dans le service depuis un an, et elle n'a rien vu, rien compris; elle connaît à peine les infirmières qui la soignent et ne s'est pas aperçue de leur hiérarchie; elle n'a remarqué aucun malade et n'a pas plus appris depuis qu'elle est dans le service, que n'aurait pu faire une idiote. En un mot, elle semble présenter les résultats d'une intelligence passée et non d'une intelligence actuelle. Cette forme d'intelligence bizarre va s'expliquer par les analyses suivantes.

« La mémoire, en effet, présente un caractère du même genre : quand elle raconte les incidents de sa vie passée, on remarque que son récit est net, exact, riche en détails, tant qu'il s'agit des années antérieures à quinze ans, époque du début de sa maladie. A partir de ce moment, les souvenirs deviennent peu nombreux et vagues, mais si on dépasse l'âge de 19 ans, les souvenirs font à peu près défaut et se bornent à quelques événements saillants. Enfin, si on l'interroge sur les derniers mois, les dernières semaines qui viennent de s'écouler, on constate, avec étonnement, un oubli absolu. Les souvenirs acquis anciennement sont conservés, mais elle est devenue de plus en plus incapable d'apprendre rien de nouveau, d'acquérir aucun nouveau souvenir. Cet oubli des événements récents est très curieux par sa rapidité et sa profondeur : elle est absolument incapable de nous dire ce qui s'est passé la veille; souvent, à midi, elle ne sait plus rien de la matinée. Un mot qu'elle prononçait résume cette situation : « Est-il possible qu'il y ait déjà un an depuis mon entrée à l'hôpital, singulière année pendant laquelle il ne s'est rien passé ! » C'est, chez une jeune fille de vingt-deux ans, une mémoire de vieillard qui peut réciter l'*Énéide* et ne se souvient pas de ce qu'il a fait le matin [1]... »

1. Étude sur un cas d'aboulie et d'idées fixes. *Revue philosophique*, 1891, I, 383.

J'ai rencontré depuis d'autres faits du même genre chez diverses malades. Maria, par exemple, entreprend de lire un roman, mais, comme ses voisines me le firent observer, elle passa toute la journée à relire la première page. Quand elle était arrivée au bas de la page, elle s'arrêtait un moment, puis régulièrement se remettait à lire le commencement. D'ailleurs, quand je lui demandai ce qu'elle avait lu, elle ne fut pas capable de me dire même le titre de son roman. Elle ne put jamais, malgré mon insistance et son travail, apprendre par cœur quelques vers. A de certains moments, l'oubli était immédiat. Elle ne pouvait répondre qu'à des questions rapides, sinon elle restait étonnée et disait : « Que demandez-vous? » Elle oubliait ses propres phrases et disait sans cesse : « De quoi est-ce que je vous parlais? »

M. Sèglas et M. Sollier ont publié une observation à laquelle nous avons déjà fait allusion, ils ont décrit une malade qui, avec beaucoup d'autres troubles de la mémoire, présentait encore à un haut degré celui-ci. La journée finie elle disait une phrase analogue à celle de Marcelle : « C'est drôle deux nuits de suite, nous venons de passer une nuit et voilà une autre nuit qui commence [1]. »

Ces différents exemples, déjà très frappants, ne nous montrent pas encore cette amnésie continue d'une manière absolument complète, toujours égale. C'est sur une malade très curieuse de la Salpêtrière, déjà étudiée par M. Charcot [2] et par M. Souques [3] que nous avons pu voir l'amnésie continue dans toute sa netteté [4].

1. Sèglas et Sollier, Folie puerpérale, amnésie, etc. *Archives de neurol.*, 1890, nº 60.
2. Charcot, Sur un cas d'amnésie rétro-antérograde. *Rev. de médec.*, fév. 1892, 81.
3. Souques, Essai sur l'amnésie rétro-antérograde, dans l'hystérie, les traumatismes cérébraux et l'alcoolisme chronique. *Rev. de médec.*, mai 1892, 367.
4. J'ai moi-même présenté une étude sur ce cas et sur les pré-

Mme D..., à la suite d'une violente émotion éprouvée le 28 août 1891, a eu une violente attaque d'hystérie. Elle s'est réveillée de son attaque dans un état mental tout particulier : 1° elle avait oublié tout ce qui venait de se passer pendant les deux mois précédents, et 2° elle était devenue incapable d'acquérir aucun souvenir nouveau, les événements les plus frappants, la morsure par un chien enragé, le voyage de C... à Paris, les vaccinations à l'Institut Pasteur n'ont pu se graver assez dans son esprit pour y laisser un souvenir : Amnésie rétrograde et antérograde, disait justement M. Charcot.

Les personnes qui ont peu de mémoire ne gardent les souvenirs précis que pendant peu de temps, quelques jours, par exemple, ou ne retiennent dans leur esprit que les événements les plus intéressants. Mme D... n'a pas une mémoire faible, elle n'en a aucune. Au printemps de 1892, c'est-à-dire huit mois après l'émotion initiale, elle oublie totalement un nom, un fait, en moins d'une minute, et encore, ce qui se prolonge pendant près d'une minute, c'est la perception des objets, c'est l'effort qu'elle semble faire pour retenir l'impression initiale; mais elle n'a pas de souvenir proprement dit, car elle est incapable de reproduire une image des sensations qu'elle a laissées s'éteindre. Ajoutons que cette amnésie si profonde et si rapide était continue et invariable, ce que nous n'avions pas vu dans les observations précédentes : jamais nous n'avons remarqué un moment pendant lequel Mme D... eût une mémoire plus considérable. Disons aussi que cette étrange perturbation psychologique s'est prolongée jusqu'au mois de mai 1892, qu'elle a duré par conséquent sans modification neuf mois complets et nous aurons montré que c'est là le plus curieux cas d'amnésie continue qui ait jamais, à notre connaissance, été

cédents au Congrès de psychologie tenu à Londres, août 1892. Ce travail sera publié dans la *Revue générale des sciences*.

signalé. Sans doute, c'est là un cas unique et un peu complexe ; une amnésie si profonde n'était pas, à mon avis, un stigmate primitif uniquement produit par le développement naturel de l'hystérie, c'était un accident plus qu'un stigmate. Cependant, il se rapproche des autres phénomènes d'amnésie ; il les complète et permet de les comprendre.

Toutes les hystériques ne sont pas sans doute aussi amnésiques que Mme D... ; mais elles semblent se rapprocher de ce modèle, car, ainsi que nous l'avons vu, elles présentent toutes plus ou moins, l'une ou l'autre, des diverses amnésies systématisées, localisées, générales ou continues.

§ 2. — ANALYSE DES CARACTÈRES PSYCHOLOGIQUES

Les caractères psychologiques de l'amnésie des hystériques sont tellement semblables à ceux de leur anesthésie, qu'il nous semble possible de suivre dans l'exposition le même ordre et de présenter en abrégé les mêmes remarques.

1° Dans les amnésies systématisées, on voit exactement, comme dans les anesthésies du même genre, *l'influence de la pensée* du sujet. On voit le souvenir que le sujet prétend avoir oublié jouer son rôle et déterminer le choix des oublis, comme la sensation en apparence non sentie du point de repère sert au sujet à reconnaître le papier qu'il ne doit point voir. Dans les expériences d'amnésie systématique suggérée, cela est évident ; mais considérons-en une qui soit naturelle. Célestine prétend m'avoir complètement oublié, n'avoir absolument aucun souvenir relatif à moi. Soit ; je l'interroge sur ce qu'elle a fait cette semaine, elle retrouve à peu près tout, sauf un incident. Elle ne se souvient pas du tout d'avoir été examinée par M. Charcot dans le parloir. Or, c'est moi qui l'avais présentée à

M. Charcot. Comment, si elle n'a aucun souvenir de moi, choisit-elle si habilement l'incident où je suis mêlé pour l'oublier ? La pensée du sujet intervient de la même manière pour fixer les limites des amnésies localisées. Une jeune femme, mariée depuis un an, a des accidents nerveux pendant l'accouchement; elle devient amnésique et oublie l'accouchement ainsi que la période précédente. Où s'arrête cette amnésie rétrograde? Au mariage. La jeune femme oublie la période qui contient l'accouchement, la grossesse, le mari, le mariage. A cette association d'idées délicate je reconnais une hystérique [1].

2° De même que l'anesthésie ne supprime pas les réflexes qui dépendent cependant de la sensation, de même l'amnésie *ne trouble pas le fonctionnement intellectuel* qui est cependant la conséquence immédiate de la mémoire. Cela est d'autant plus net que l'on considère une amnésie plus grave, une amnésie générale, par exemple. Les auteurs disent toujours, comme M. Weir Mitchell [2] : « Malgré la perte de la mémoire, l'intelligence est restée intacte; dès qu'elle eut rappris à parler, elle s'expliquait avec bon sens et raison. » Supposons une pareille amnésie amenée par les progrès d'une démence, un oubli semblable de toutes les notions, même de l'écriture et de la parole, et nous aurons devant nous un individu complètement stupide. N'est-il pas étonnant que l'hystérique, avec une amnésie aussi formidable, reste intelligente?

3° Si on laisse de côté des cas tout particuliers, comme l'amnésie continue, on peut dire que l'hystérique est tout aussi *indifférente* à son amnésie qu'à son anesthésie. Qu'elle ait oublié deux ou trois mois de sa vie, cela ne paraît pas la gêner beaucoup, à moins qu'il n'y ait des circonstances très spéciales pour lui faire

1. Lettre de Ch. Villiers à G. Cuvier, d'après Ribot, *Mal. de la mémoire*, 1883, 62.
2. Weir Mitchell, *Mary Reynolds*, 1889.

remarquer ses oublis et pour provoquer les interrogations volontaires. Cela est tellement vrai qu'elles ne s'en plaignent pas et que le plus souvent même, à mon avis, elles l'ignorent. Rose, amenée à l'hôpital, se plaignait uniquement de sa paraplégie et ne m'a pas dit un mot de cette énorme amnésie localisée de trois mois que j'ai été très étonné de découvrir. Comme M. Charcot le disait de l'anesthésie, l'amnésie aussi est un caractère qu'il faut chercher.

4° Enfin, nous allons retrouver dans l'amnésie les deux caractères primordiaux de l'anesthésie hystérique la mobilité et la contradiction. Insistons d'abord sur la *mobilité*. Ordinairement une amnésie grave est due à la destruction des traces, des modifications inconnues que les sensations laissent dans le cerveau et qui leur permettent de se reproduire sous forme d'images. Supposons une destruction définitive et matérielle des cellules cérébrales qui ont emmagasiné ces modifications et les souvenirs de ces sensations seront matériellement détruits d'une façon irréparable. En est-il ainsi pour les amnésies hystériques? Non, certainement, nous pouvons être certains que, dans toute amnésie hystérique, la conservation des souvenirs subsiste encore. Cela est prouvé par la mobilité de ces anesthésies qui prend ainsi une importance psychologique considérable.

Depuis longtemps on a remarqué que cet oubli si profond n'est pas perpétuel et que, de temps à autre, sous diverses influences, il disparaît momentanément. Le sujet retrouve tous les souvenirs qu'il paraissait avoir oubliés : il les sait dans tous leurs détails, il reprend l'existence qu'il semblait avoir définitivement abandonnée et il la reprend juste au point où il l'avait laissée. Peut-être au bout de quelque temps va-t-il perdre de nouveau ces souvenirs, mais leur résurrection momentanée a suffi pour prouver que les images étaient conservées. C'est là ce qu'on désigne sous le nom d'*am-*

nésie périodique. On sait que certains de ces malades qui ont, à un moment donné, présenté de l'amnésie générale et qui ont recommencé leur vie à la première enfance ne conservent pas définitivement cette nouvelle existence enfantine. Au bout de quelque temps, au bout de dix semaines dans l'observation de M. Weir Mitchell, Mary Reynolds eut une seconde période de sommeil et se réveilla telle qu'elle était avant ses accidents avec la mémoire complète de toute sa vie. Il est vrai qu'elle n'avait plus maintenant le souvenir du second état; mais ne soyons pas inquiets pour ces souvenirs de l'état 2, ils ont réapparu à la suite d'une nouvelle attaque qui n'a pas tardé à survenir. Grâce à ces alternatives des deux états, nous voyons qu'en réalité, aucun souvenir n'a été perdu.

Je n'ai pas cru nécessaire d'établir une classe pour les amnésies périodiques pour une excellente raison. Je ne parlais que des amnésies hystériques et à mon avis toute amnésie hystérique est périodique. Très souvent la périodicité s'établit d'elle-même, et des attaques ou des sommeils, ou des accidents variés qui changent l'équilibre mental, viennent mettre régulièrement au jour, tantôt un souvenir, tantôt un autre[1]. Marguerite a de grandes attaques depuis deux ans et à la suite de ces attaques elle entre dans un somnambulisme assez compliqué. Il suffit de savoir maintenant que c'est un état spontané qui fait partie de la crise hystérique et dont elle sort par des convulsions. Elle n'a jamais su au réveil ce qui se passe pendant cette période : il semble qu'il y ait là un oubli localisé bien net. A la prochaine attaque qui viendra avant quinze jours, elle va rentrer dans le même somnambulisme et retrouvera tous les souvenirs en apparence perdus.

Le sommeil naturel, comme nous l'avons déjà vu en étudiant les sensations, peut aussi nous montrer la

1. *Autom. psych.*, 77.

mobilité, le caractère périodique de ces amnésies et la conservation réelle des souvenirs. On sait comment M. Charcot s'est aperçu pour la première fois de la conservation des souvenirs chez Mme D..., cette malade qui semblait cependant ne conserver aucune image dans l'esprit. Elle parlait tout haut, la nuit, et murmurait des paroles que des voisines ont pu entendre. En rêve, elle parlait du chien enragé, de la Salpêtrière, des médecins en tablier blanc, enfin de tout ce qu'elle paraissait avoir oublié. J'ai vu bien souvent une personne qu'on avait hypnotisée dans la journée et qui semblait avoir un oubli complet au réveil, raconter tout haut pendant la nuit, comme faisait Lucie, ce qu'on avait fait avec elle pendant le somnambulisme. Quelquefois ces souvenirs du somnambulisme réapparaissent d'une façon plus curieuse; ils ne sont pas exprimés tout haut par le sujet, mais ils se présentent à lui pendant le sommeil comme un rêve ordinaire. Or, comme on peut ordinairement se souvenir de semblables rêves, le sujet au moyen de cet intermédiaire retrouvait la mémoire de son somnambulisme. C'est ainsi que B. et Justine ignorent leur somnambulisme au moment du éveil, et cependant le savent quelquefois le lendemaint matin.

Les attaques et le sommeil naturel ne sont pas tout à fait à notre disposition; nous pouvons, dans certains cas, user d'un procédé plus pratique encore. On peut artificiellement, par le somnambulisme provoqué, reproduire ces états dans lesquels les souvenirs disparus se manifestent de nouveau. Berthe, par exemple, est très facilement hypnotisable, ne cherchons pas maintenant ce que c'est que l'hypnotisme, c'est là encore probablement un même nom appliqué confusément à des choses fort différentes les unes des autres. Je rappelle seulement un fait déjà constaté : l'hypnose est un état qui ne laisse pas de souvenirs après le réveil du malade. Cet oubli est plus ou moins net, plus ou moins

rapidement obtenu après les premières hypnotisations: mais il est à mes yeux la caractéristique de l'état somnambulique plus ou moins grave. Chez Berthe, il a existé dès la première fois que je l'ai endormie. Ce fait n'a rien d'étonnant: c'est une jeune fille prédisposée à ce phénomène, ayant naturellement et à chaque instant des amnésies localisées analogues à celles qui ont été décrites par Despine. Elle avait depuis de longues années, avant de venir à l'hôpital, des somnambulismes naturels, la nuit d'abord et, cela ne doit pas surprendre, même le jour. L'hypnose consiste simplement chez elle à reproduire artificiellement un de ces nombreux états suivis d'amnésie dans lesquels elle entrait d'elle-même à chaque instant. Elle semble, quand on la réveille, avoir totalement oublié ce qui s'est passé pendant qu'elle dormait; autrefois, quand on la secouait après ses hypnoses spontanées, elle s'arrêtait tout ahurie, ayant totalement oublié ce dont on l'avait chargée l'instant précédent. Eh bien, cet oubli n'est qu'une apparence, une illusion; il suffit de la rendormir, de la remettre par suggestion, si l'on veut, ou mieux par une habitude automatique, dans un état moral analogue à celui dont elle vient de sortir pour qu'elle retrouve tous les souvenirs. Chez elle, l'opération est excessivement simple, car, dès le début de l'état hypnotique, toute amnésie, comme toute anesthésie, a complètement disparu. Non seulement elle retrouve les souvenirs des somnambulismes provoqués, mais ceux des somnambulismes naturels, des crises, ceux même de ces périodes bizarres de la veille qui sont instantanément oubliées.

Cette recherche des souvenirs disparus n'est pas toujours aussi facile. Marguerite, une fois hypnotisée, n'a pas le souvenir complet de tout le somnambulisme naturel qui suit l'attaque, elle ne se rappelle que la première partie de cette crise, celle pendant laquelle elle garde les yeux fermés. Mais si, pendant l'état hypnotique, on lui ouvre les yeux, elle éprouve, ce qui

est loin d'être général, une modification de son état mental, et elle reprend les souvenirs de la seconde période de la crise, celle pendant laquelle elle a aussi les yeux ouverts. Nous avons déjà parlé de somnambulismes variés dans lesquels l'état de la sensibilité se modifie. Eh bien, dans ces états, la mémoire se modifie également et, par une sorte de tâtonnement, en passant de l'un à l'autre, on arrivera à peu près toujours à restaurer le souvenir que l'on désire.

Quelquefois même nous pourrons nous passer du somnambulisme; par le moyen de la suggestion, ou grâce à l'association des idées, ou mieux encore, en dirigeant bien et en soutenant l'attention du sujet, nous pourrons lui faire retrouver les souvenirs perdus. Bien entendu, je ne parle ici que des petits oublis hystériques. Quand il y a une grande amnésie bien nette, il faut presque toujours recourir à l'attaque ou au somnambulisme. Chez Mme D..., par exemple, on n'obtient rien en essayant de diriger l'attention consciente pendant la veille; on lui fait, au contraire, retrouver tous les souvenirs quand on l'endort. En un mot, la mobilité de ces amnésies est la raison de leur caractère périodique et elle prouve que la conservation des souvenirs n'est pas altérée.

5° Les anesthésies se présentaient avec un *caractère contradictoire*, je crois qu'il en est de même pour les amnésies. Nous avons déjà remarqué combien les amnésies générales étaient singulières. M. Weir Mitchell nous dit que Marie Raynolds est comme un enfant qui vient de naître, mais un enfant avec les capacités intellectuelles de l'adulte : « La raison, dit-il, s'exerce chez elle, sans aucune donnée. » Eh bien, j'avoue que je ne comprends pas ce que cela veut dire. Qu'est-ce que cette intelligence abstraite, ce pouvoir occulte qui subsiste tout seul? L'intelligence de l'adulte est simplement la somme des souvenirs, des associations d'idées, des tendances préorganisées à passer d'une image à une

autre. Le défaut d'intelligence de l'enfant est précisément l'absence de cette organisation. Psychologiquement comme physiquement, on ne peut pas être à la fois un enfant et un adulte. Ou Mary a réellement perdu tous ses souvenirs et a l'esprit d'un enfant qui vient de naître, et alors elle est inintelligente, stupide, comme l'enfant qui naît; ou elle est intelligente et alors elle n'a pas perdu ses souvenirs. D'ailleurs, à chaque instant on voit se manifester ces souvenirs : le sujet réapprend excessivement vite, il sait mieux une ancienne chanson qu'une nouvelle. « Quand elle chante, elle a en général besoin d'être aidée pour les deux ou trois premiers mots d'une ligne; elle achève le reste *de mémoire, à ce qu'il semble*... Quand on lui a demandé où elle a appris à jouer un air en regardant la musique sur un livre, elle a répondu qu'elle ne pouvait pas le dire et elle s'est étonnée que son interlocuteur ne pût pas en faire autant [1]. »

Ces faits sont extrêmement importants, car ils nous montrent, non plus seulement la conservation, mais la reproduction même des images malgré l'amnésie. On sait que la renaissance des images au moment opportun est une condition essentielle du souvenir complet et on croit tout naturellement que ce phénomène est altéré dans l'amnésie hystérique. Mme D..., par exemple, semble ne pouvoir reproduire les images qu'en rêve, pendant le sommeil, et ne pas pouvoir les reproduire quand il le faut, suivant les besoins de la veille. Eh bien, le caractère contradictoire de ces phénomènes est tel que, malgré l'amnésie apparente, les souvenirs peuvent se reproduire quand il le faut, même pendant la veille. Mme D..., si je ne me trompe, a tout le temps dans l'esprit et sur les lèvres la réponse à la question qu'on lui pose ou qu'elle se pose à elle-même. Pourquoi est-ce que je me figure une chose pareille quand

1. Observ. de Sharpey, d'après Ribot, *Mal. de la mémoire*, 67.

la pauvre femme se déclare si malheureuse et prétend qu'il lui est absolument impossible de retrouver le moindre souvenir? C'est que nous avons déjà vu bien des choses semblables chez les hystériques. Nous avons vu qu'elles semblaient ne pas sentir, ne pas voir et que cependant, à ce moment même, elles avaient très bien dans l'esprit les sensations tactiles et visuelles. On peut se demander s'il n'en serait pas de même pour les images qui diffèrent si peu des sensations. Certains actes de la malade nous ont inspiré cette supposition bien avant que nous n'ayons pu la vérifier par des expériences. M[me] D... oublie tout en une minute et ne parvient à connaître aucune des personnes de l'hôpital; cependant, quand elle sort dans la cour, elle va toujours spontanément s'asseoir auprès des mêmes personnes qui prennent soin d'elle. Toutes les fois qu'elle rencontre un chien, fût-il le plus inoffensif, elle se sauve en cachant sa figure et en poussant des cris de terreur. Il ne suffit pas de dire qu'elle a peur des chiens, car, si on l'interroge sur son passé, elle nous affirme qu'autrefois, même au mois de juillet, elle n'avait pas peur de ces animaux. D'où vient ce changement? Évidemment de la morsure qu'un chien enragé lui a faite au mois de septembre et des cautérisations consécutives. Mais, actuellement, elle ne se souvient pas de cet accident et ne sait pas pourquoi elle a peur; ce souvenir se reproduit donc à son insu.

J'ai vérifié cette reproduction subconsciente des souvenirs par bien des expériences, par des suggestions surtout qui s'exécutaient à l'heure dite, malgré l'amnésie. Mais voici le procédé qui me paraît manifester le fait de la façon la plus nette.

Si j'interroge directement cette malade, si je lui demande de prononcer ou même d'écrire volontairement le nom de l'interne qui la soigne, je constate qu'elle semble faire effort, mais qu'elle ne trouve pas et se déclare incapable d'écrire ce nom. Il faut procéder

autrement : je m'écarte d'elle et je prie une autre personne de causer avec la malade ; elle répond à ses questions, paraît faire attention à ce qu'on lui dit et ne s'occupe plus de moi. Je lui glisse un crayon dans la main droite et elle le prend sans se retourner : c'est bizarre, mais cela se passe ainsi chez la plupart des hystériques, qui sont, comme nous l'avons vu, des malades très faciles à distraire. Profitons de cette disposition, et pendant que Mme D... continue à causer avec une autre personne, faisons-lui une suggestion comme si elle était capable de nous entendre : « Écrivez, lui dis-je, le nom de l'interne de votre salle. » On voit la main qui tient le crayon se mettre en mouvement et écrire ce mot : « M. Lamy. » De la même manière je lui demande ce qu'elle s'est fait à la main gauche, et elle écrit sans hésiter : « Je me suis coupée avec du verre. » En un mot, elle va répondre de cette manière à toutes les questions possibles, et, dans son écriture ainsi obtenue, va nous montrer la reproduction de tous les souvenirs qu'elle paraissait avoir complètement perdus. Je n'ai pas l'intention d'étudier ici cette écriture qui, d'ailleurs, ne se présente pas chez Mme D... d'une façon bien remarquable. Je n'insiste pas pour montrer qu'en réalité Mme D... déclare n'avoir pas entendu mes questions, qu'elle affirme n'avoir rien écrit, qu'elle s'étonne de ces écritures, quand on les lui montre et n'admet pas qu'elle les ait écrites. Ce sont là des détails qui ne sont pas, pour le moment, indispensables. Tout ce que je désire faire constater, c'est que cette écriture involontaire et, en apparence au moins, inconsciente, manifeste des souvenirs que Mme D... est incapable de posséder autrement quand elle est éveillée. Il ne faut pas croire que j'attribue ici à l'écriture une puissance merveilleuse pour ressusciter les souvenirs de Mme D... Non, j'ai pu réussir à manifester ces souvenirs d'une autre manière, par la parole même. Mais cette malade, dira-t-on, n'arrive jamais à les dire, et

aucune suggestion n'a réussi à les lui faire exprimer. Sans doute; mais nous allons encore recourir à un procédé qui réussit quelquefois. Je m'en vais encore la distraire, mais en évitant cette fois d'attirer son attention sur la parole. Je lui donne un livre à lire ou mieux je lui donne une multiplication à faire. Pendant qu'elle est bien absorbée dans son travail, nous remarquons les mêmes phénomènes de distraction, nous pouvons la toucher, lui parler aux oreilles sans qu'elle se retourne. Je lui demande ainsi, « comment s'appellent les deux malades qui sont ses voisines dans la salle ». Ses lèvres remuent et elle répond tout bas : « Mme C... et Mme P... » Je puis même lui commander de répondre plus haut; si elle est bien distraite par sa lecture ou sa multiplication, elle va le faire tout haut et très correctement. Nouveau fait dont je ne tire toujours qu'une conclusion : la reproduction des souvenirs existe chez elle, elle semble se faire normalement suivant les besoins.

Il en est ainsi à peu près chez tous les sujets et pour toutes les formes d'amnésie hystérique, quand on réussit à provoquer l'écriture automatique ou du moins à rendre manifestes, par un procédé quelconque, les phénomènes subconscients. Maria écrit ainsi sans le savoir le sujet de ce roman qu'elle lisait indéfiniment sans pouvoir se rappeler une seule ligne. Berthe et Georges ont récrit ainsi une lettre qu'ils avaient écrite la nuit en somnambulisme naturel et dont ils ne pouvaient consciemment retrouver le souvenir. Quelquefois, il est vrai, il faut beaucoup varier le procédé suivant les sujets, quelquefois cette écriture ne retrouve les souvenirs que pendant certains états spéciaux. Il y a même des exceptions très notables qui doivent dépendre du jeu compliqué de certaines associations d'idées. Mais les faits positifs sont assez nombreux pour que l'on puisse encore comparer sur ce point l'amnésie à l'anesthésie. Ici encore, il y a un caractère

contradictoire, les souvenirs se reproduisent; d'un côté ils semblent présents, de l'autre ils semblent absents. Ce problème du même genre peut, je pense, recevoir une solution analogue.

§ 3. — TENTATIVE D'INTERPRÉTATION

Mais où donc chercher cette altération de la mémoire qui doit bien exister quelque part pour produire des résultats aussi manifestes? Les psychologues, dans leurs descriptions, n'admettent pas d'autres phénomènes élémentaires de la mémoire, en dehors de la conservation et de la reproduction. Je crois qu'ils ont tort et que la maladie décompose et analyse la mémoire mieux que n'a pu le faire la psychologie.

Nous aurons fait un premier pas si nous remarquons qu'il s'agit ici d'un fait analogue à la distraction. En effet, il y a des distractions de mémoire comme des distractions de sensations, et elles amènent des oublis comme celles-ci produisaient des anesthésies. Lucie refuse énergiquement de raconter quelque chose devant moi; je n'ai qu'à m'écarter et, tout en restant à deux pas, à la laisser bavarder avec une autre personne, elle oublie si bien ma présence qu'elle se met à raconter ce qu'elle ne voulait pas dire devant moi. Berthe a une grande colère contre moi; si je cherche à discuter le motif de son dépit, elle se fâche de plus en plus : je n'ai qu'à lui parler d'autre chose, et, au bout d'un instant, elle suit cette nouvelle idée et a complètement oublié la première. D'une manière inverse, nous pouvons voir le rôle de la distraction, en cherchant à la supprimer par l'attention. Chez certains sujets, comme nous l'avons vu, on peut, en les encourageant, en dirigeant leur attention, faire disparaître momentanément leurs amnésies, comme leurs anesthésies. Mais il leur faut pour cela un très grand effort d'attention, dont ils sont

rarement capables; le plus souvent, ils ont une attention faible qui sert seulement à leur faire constater leurs propres oublis. Reconnaissons donc que l'amnésie hystérique est elle aussi une forme de la distraction.

Mais nous ne pouvons pas nous arrêter là, car cette amnésie se présente comme une distraction bien étrange dont il faut chercher la raison et la nature. Ainsi que cela a été démontré dans le chapitre précédent, il ne suffit pas qu'une sensation isolée, simple, soit produite dans l'esprit pour qu'elle soit par cela même appréciée par le sujet. Il faut, pour la conscience complète d'une sensation qui s'exprime par le « je sens », qu'une nouvelle opération s'ajoute à la première. Il faut qu'une sorte de synthèse réunisse les sensations produites et les rattache à la masse des idées antérieures qui constitue la personnalité. Eh bien, il doit en être de même pour les images : il ne suffit pas, pour que nous ayons conscience d'un souvenir, que telle ou telle image soit reproduite par le jeu automatique de l'association des idées, il faut encore que la *perception personnelle* saisisse cette image et la rattache aux autres souvenirs, aux sensations nettes ou confuses, extérieures ou intérieures, dont l'ensemble constitue notre personnalité. Que l'on appelle cette opération comme on voudra, que l'on forge pour elle le mot de *personnification*, ou que l'on se contente des termes vulgaires que j'ai toujours employés, *perception personnelle des souvenirs* ou *assimilation psychologique des images*, il faut toujours constater son existence et lui donner une place dans la psychologie de la mémoire, comme dans celle des sensations.

Cette opération est si simple et si facile chez nous que l'on ne soupçonne même pas son rôle. Mais elle peut être altérée et supprimée, tandis que les autres phénomènes du souvenir, conservation et reproduction des images, subsistent intégralement. Son absence suffira pour produire chez les malades un trouble de la mémoire qui sera, *pour eux*, une véritable amnésie. Et je

pense que, dans la plupart des cas, l'amnésie hystérique n'est pas autre chose qu'une amnésie de ce genre, une simple *amnésie d'assimilation*.

Examinons, en effet, comme nous le pouvons maintenant, les conditions dans lesquelles cette amnésie mobile et contradictoire se manifeste ou semble disparaître. Prenons surtout comme exemple le cas de Mme D..., qui est l'un des plus nets. Dans quelles circonstances le souvenir est-il absent chez elle? Quand on l'interroge directement en l'appelant par son nom, ou bien quand elle s'interroge elle-même. En un mot, le souvenir semble disparaître toute les fois que sa personnalité est en jeu, toutes les fois où il faudrait se dire : « Je me souviens. » Au contraire, le souvenir semble présent dans plusieurs autres circonstances, dans les rêves, le sommeil hypnotique, les actes irréfléchis, l'écriture et la parole obtenus pendant que la malade est distraite par une autre opération consciente. Ici encore, il y a un caractère commun : Le souvenir se présente quand la conscience claire et personnelle est absente, quand le souvenir est isolé, sans rapport avec la vie complète de la malade.

Ce caractère est bien visible dans son somnambulisme; en effet, cet état est chez Mme D... tout particulier. Ce n'est pas, comme chez d'autres malades, une seconde forme d'existence psychologique avec des souvenirs qui lui soient propres et la formation d'une seconde personnalité. Non, c'est chez Mme D... la forme tout à fait inférieure du somnambulisme, celle qui semble se confondre avec un sommeil profond dans lequel elle n'a aucune réflexion, aucune spontanéité, je dirais presque aucune personnalité. Et quand on essaye, même pendant le somnambulisme, de constituer une personnalité, de relier par le souvenir les divers somnambulismes provoqués, on voit que la mémoire disparaît de nouveau. Le souvenir, même pendant le somnambulisme, n'existe qu'à une condition : Il faut que la malade ne se rende

compte de rien et réponde automatiquement aux questions par association mécanique des idées, sans réfléchir, sans avoir la perception personnelle de ce qu'elle fait. Sans doute, le mécanisme du retour des souvenirs pendant le somnambulisme n'est pas toujours celui-là; mais je cite cet exemple pour montrer que les souvenirs persistent et se manifestent d'une façon automatique sans perception personnelle.

Le même caractère est encore plus net à mon avis si on examine les souvenirs qui se manifestent par l'écriture ou par la parole automatiques. Ces deux expériences intéressantes sont très difficiles à reproduire et elles échouent souvent. Pourquoi? Dès que le sujet fait attention à son écriture, dès qu'il sent ou entend sa propre parole, tout s'arrête et il n'est plus possible d'obtenir la manifestation du souvenir. L'attention consciente, loin de faciliter l'écriture automatique, comme cela arriverait chez un simulateur, la supprime absolument. Le souvenir, en un mot, ne se manifeste qu'à l'insu de la personne, il disparaît quand la personne cherche à parler ou à écrire en son propre nom.

Je crains, en exprimant cette façon de concevoir l'amnésie hystérique, de paraître tomber dans un excès fâcheux. Comment, dira-t-on, l'oubli des hystériques, celui qui suit les somnambulismes, celui qui suit les crises, celui qui est continu chez la malade de M. Charcot, n'est que cela, une sorte de distraction de la personnalité; mais alors ce n'est rien et l'on peut dire que cet oubli n'existe pas, qu'il n'est qu'une complaisance du sujet. Non, certainement non, cet oubli est très réel, très pénible pour le malade; c'est une petite lésion psychologique et ce n'en est pas moins une infirmité. Les oublis de Berthe qui survenaient à chaque instant de la journée et que je reproduis à volonté et si facilement en apparence, l'ont fait renvoyer du magasin où elle travaillait et l'ont réduite à la misère. Les oublis de Mme D... ont forcé à la transporter à Paris, à la placer pendant

des mois à la Salpêtrière, loin de son mari et de ses enfants qui pleurent après elle. Une lésion, pour être morale, n'en est pas moins réelle et quelquefois très grave, et l'on peut être toute sa vie enfermé dans un asile pour un simple trouble de la notion de personnalité.

Les amnésies hystériques comme les anesthésies peuvent être représentées comme des troubles de ce genre. Les éléments du souvenir, la conservation et la reproduction des images sont intacts, mais il y a un défaut de synthèse actuelle des éléments psychologiques, défaut qui supprime plus ou moins complètement l'assimilation des souvenirs à la personnalité.

§ 4. — QUELQUES FORMES PARTICULIÈRES D'AMNÉSIE

Les essais d'interprétation que je viens de faire n'ont porté que sur le phénomène de l'amnésie en général, sur sa nature et les conditions de sa production. Mais en réalité, l'amnésie ne se présente pas de cette manière vague, elle porte sur tel ou tel fait bien précis, bien distinct des autres. Pourquoi l'amnésie prend-elle ces aspects particuliers? pourquoi est-elle tantôt systématisée, tantôt localisée à telle ou telle période de la vie, tantôt générale? Je n'hésite pas à avouer que je n'en sais rien et que je n'ai pas trouvé d'explication pouvant s'appliquer à tous les cas. Il faudra encore beaucoup d'études pour que l'on puisse interpréter les détails de ces phénomènes. Cependant j'ai observé un certain nombre de faits particuliers qui ne se relient pas entre eux et ne fournissent pas de loi générale, mais qui peuvent être signalés comme des observations préliminaires, des pierres d'attente pour les constructions futures. Les amnésies et leurs localisations me paraissent dépendre quelquefois : 1° de l'état du sujet au moment où il acquiert le souvenir; 2° de l'état du sujet au moment où il cherche à reproduire le souvenir; 3° de la nature

et du développement des phénomènes oubliés; 4° des modifications de la sensibilité.

1° Un souvenir peut être insuffisant, parce qu'il a été mal acquis, mal organisé depuis le début de sa formation. Quand un malade traverse une période pendant laquelle il est particulièrement faible et synthétise très mal non seulement ses images, mais même ses sensations actuelles, il est incapable à ce moment de fonder des souvenirs pour l'avenir. Plus tard, même s'il se porte mieux, il ne retrouvera pas les souvenirs de cette période malheureuse, tandis qu'il retrouvera des souvenirs d'une période voisine où les synthèses se sont mieux effectuées. Une malade, Marcelle, avait d'ordinaire très peu de force psychologique, soit pour accomplir des actes volontaires, soit pour percevoir consciemment les phénomènes extérieurs; mais, de temps en temps, par exemple à la suite d'un sommeil prolongé, elle avait des « instants clairs » pendant lesquels les perceptions extérieures des objets et même la perception intérieure de sa propre personnalité paraissaient transformées et beaucoup plus fortes. Ces deux états laissaient des souvenirs très différents. Autant elle oubliait complètement les souvenirs des périodes « sombres », autant elle se rappelait indéfiniment les souvenirs des « instants clairs ». Un exemple rendra notre remarque plus nette. « Pendant un de ces instants clairs au réveil du somnambulisme, Marcelle remarque sur la table des morceaux de métal, fragments d'un appareil électrique démonté. Avec cette curiosité bizarre qu'elle avait dans ces moments et rien que dans ces moments-là, elle s'inquiète de ces morceaux de cuivre et n'est satisfaite que lorsque je lui ai expliqué leur usage. Peu de temps après, elle retombe dans cet état morne qui lui est habituel. Huit jours et même quinze jours plus tard, je n'avais qu'à lui demander ce qu'elle avait vu avec moi dans le cabinet, pour qu'elle me décrivît exactement les fragments de l'appareil

électrique. Au contraire, tous les événements survenus dans l'intervalle, fussent-ils frappants comme une visite de ses parents, ou tout à fait récents comme les faits de la matinée, étaient absolument oubliés. C'est donc bien l'altération de la perception qui est cause de l'altération de la mémoire ultérieure. Et d'ailleurs nous avons tenu à vérifier le fait par l'observation ; mais on aurait pu le prévoir par le raisonnement. La mémoire n'est que la conservation d'une synthèse faite autrefois ; il est clair que la mémoire n'existera pas quand la synthèse n'a pas été formée ou bien quand elle est faite à demi, et reste instable et fragile. La mémoire est une fonction corporelle, dit-on, les souvenirs sont en quelque sorte entrés dans l'organisme : sans aucun doute, mais encore faut-il qu'ils aient été organisés. Fonder des souvenirs, créer des habitudes est une des prérogatives de l'activité mentale [1]. » C'est dans ce cas que les souvenirs sont le plus complètement absents, qu'ils sont vagues et difficiles à retrouver même dans les états subconscients. L'oubli et la localisation de l'amnésie dépendent ici de l'état de l'esprit au moment où les souvenirs ont été acquis.

2° L'oubli peut dépendre, non de l'état passé, mais de l'état actuel du sujet, au moment où il cherche à évoquer les souvenirs et à les rattacher à sa personnalité présente. Marguerite n'a d'ordinaire qu'une amnésie légère : elle est capable, par effort d'attention, de retrouver à peu près tous les souvenirs, sauf ceux des crises et des somnambulismes. Mais, à de certains moments, sa mémoire paraît se détruire complètement ; elle ne se rappelle plus rien, elle oublie même les faits de la vie courante dont elle a ordinairement le souvenir. A cette diminution de la mémoire, comme au rétrécissement plus grand du champ visuel, on peut pronostiquer chez elle qu'une attaque est proche. Plus tard elle décrit bien elle-même cet état : « Je sais bien maintenant pour-

1. Aboulie et idées fixes, *Rev. philosophique*, 1891, I, 393.

quoi je ne me souvenais de rien, c'est que je ne pouvais pas chercher, je ne pouvais pas suivre une idée, ni la tenir, ma tête était vide. » Les amnésies de ce genre sont ordinairement générales, et portent à peu près sur tous les genres de souvenirs; ainsi que toutes les autres cependant, elles suppriment seulement la perception personnelle des souvenirs qui se manifestent très facilement d'un façon subconsciente. C'est ici l'état présent de l'esprit qui détermine l'amnésie du passé.

3°. Il existe une forme d'amnésie bien étrange qui fera longtemps encore le tourment des psychologues, c'est une forme d'amnésie localisée, l'amnésie rétrograde. M. Ribot a commencé l'étude de ce phénomène quand il a parlé de la loi de régression des souvenirs [1]; Il a montré que les souvenirs récents étaient moins stables que les anciens, sans pouvoir entièrement donner la raison de ce fait. M. Sollier a compris l'intérêt de ce curieux problème ; il a ajouté quelques remarques intéressantes et ingénieuses à son interprétation [2]. Par exemple, il a repris l'examen des lois indiquées par M. Ribot; il a cru trouver dans la répétition plus fréquente des souvenirs anciens la raison de leur stabilité plus grande. Ainsi qu'il l'a supposé, avec un peu trop de subtilité à mon avis, le malade étend son amnésie sur une période correspondant à la durée présumée de l'accident qui l'a frappé, et, par une illusion, il se représente cette durée plus grande qu'elle n'avait été en réalité. Il a aussi fait une remarque qui doit être quelquefois vraie, c'est que l'accident cause de l'amnésie doit être associé avec les faits qui l'ont précédé et préparé et qu'il les entraîne avec eux dans le même oubli. M. Sollier doit penser comme moi que ce ne sont pas là des explications définitives et qu'elles ne s'appliquent que de temps en temps à des cas tout particuliers.

Je n'ai pas non plus d'explication de l'amnésie rétro-

1. Ribot, *Les maladies de la mémoire*, 1883, 88.
2. Sollier, *op. cit.*, 48, 69.

grade ; je désire seulement attirer l'attention sur un détail du phénomène. Ce genre d'amnésie est beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit; il accompagne presque toutes les autres amnésies localisées. Les anciens magnétiseurs l'ont souvent remarqué et M. Bernheim a insisté récemment sur le point [1] : presque tous les somnambulismes provoqués, même les plus courts, s'accompagnent d'amnésie rétrograde. Voici un exemple du fait : J'emmène Berthe avec moi pendant qu'elle est bien éveillée, je la fais causer de différentes choses, je l'envoie faire quelques commissions, en particulier chercher des allumettes et allumer du feu, le tout dure au moins vingt minutes, puis je l'endors; quand elle est éveillée une heure plus tard, elle me demande avec étonnement qui a allumé du feu. C'est pourtant elle-même qui l'a allumé étant bien éveillée, un quart d'heure avant que je ne l'endorme. Je constate qu'elle a oublié non seulement la période du somnambulisme proprement dit, mais les vingt minutes qui ont précédé. Les choses se passent de même avec Fernande, avec Marguerite, en un mot avec presque toutes les somnambules. Mais le fait est encore plus général. On sait que certaines suggestions sont oubliées après qu'elles ont été exécutées : cet oubli ne porte pas uniquement sur l'exécution de la suggestion, mais sur les actes immédiatement précédents qui n'étaient pourtant pas des actes suggérés. Il en est de même exactement pour certains actes impulsifs. Enfin, les phénomènes subconscients de l'écriture automatique entraînent non seulement l'oubli de l'écriture elle-même, mais encore l'oubli des actes environnants effectués avant, pendant, ou même immédiatement après l'écriture automatique.

Si on regarde maintenant les choses d'un autre point de vue, si on cherche où se trouve le souvenir de ces actes qui semblent oubliés, on voit que, dans un nou-

1. Bernheim, De l'amnésie rétroactive dans le sommeil provoqué. *Rev. de l'hypnotisme*, 1889, 12.

veau somnambulisme, Berthe retrouve le souvenir non seulement du premier somnambulisme, mais encore des actes précédents et en particulier du feu qu'elle a allumé. En somnambulisme également, le souvenir de l'exécution de la suggestion revient et s'accompagne du souvenir des actes environnants. Une nouvelle écriture automatique n'aura pas seulement le souvenir d'elle-même, mais encore le souvenir des actes voisins. En un mot les choses se passent comme si ces périodes antérieures ou même postérieures faisaient dorénavant partie de l'état anormal. On peut exprimer cela en disant que l'état anormal est *envahissant*, qu'il s'associe tous les événements voisins et qu'il les entraîne avec lui dans la subconscience. Ce caractère envahissant de certains phénomènes moraux est très remarquable, il joue un grand rôle dans la pathologie des idées fixes. Ce n'est là en aucune façon une explication de l'amnésie rétrograde qui reste, pour moi, très mystérieuse; c'est un petit détail de plus dont il faut tenir compte dans son étude. Il nous montre que quelquefois l'étendue des amnésies dépend des phénomènes eux-mêmes qui sont oubliés. Ces phénomènes ne sont pas entièrement détruits, ils ne sont pas inactifs, ils continuent à agir pour augmenter ou pour diminuer l'amnésie.

4° Enfin je crois nécessaire d'insister dans certains cas sur les modifications de la sensibilité qui ont plus d'influence qu'on ne le croit sur la mémoire. Ainsi que je l'ai dit en commençant ce chapitre, l'un des cas d'amnésie qui m'avait le plus frappé était celui d'une malade de l'hôpital du Havre, que j'ai décrite sous le nom de Rose. Elle avait dans son souvenir une lacune incontestable et assez étendue de trois mois de durée, ce qui est déjà assez long et assez rare. A l'inverse des malades dont nous venons de parler, il ne suffisait pas de l'hypnotiser d'une façon quelconque pour qu'elle retrouvât les souvenirs et, malgré toutes mes tentatives prolongées pendant plus de six semaines, je n'avais

retrouvé aucune mémoire de cette longue période[1]. Cette femme présentait, comme cela arrive fréquemment chez les hystériques très malades, un somnambulisme très instable, changeant continuellement, entrecoupé de spasmes et de petits accidents convulsifs. Un jour, dans un de ces états somnambuliques accidentels, elle me dit spontanément : « Vous m'avez souvent demandé ce qui s'est passé au mois d'août et au mois de septembre. Pourquoi donc n'ai-je pas pu vous répondre, c'était si simple; je le sais bien maintenant, j'ai fait ceci et cela, etc.[2]. Le souvenir des trois mois oubliés était totalement revenu, ainsi que je pus le vérifier. Mais dès que ce somnambulisme changea et que le sujet entra dans l'état de veille ou dans un autre somnambulisme, ces souvenirs disparurent de nouveau complètement. J'ai cherché ce que cet état pouvait avoir de particulier et j'ai été frappé par une constatation que je continue à considérer comme intéressante. Dans ce somnambulisme particulier, qui amenait le retour des souvenirs, Rose recouvrait subitement la sensibilité tactile et musculaire de tout le côté droit, tandis que, dans tous les autres états, elle était perpétuellement anesthésique totale. D'autre part, grâce à des renseignements que j'ai eu le bonheur de recueillir, il m'a été démontré que Rose était sensible du côté droit et se trouvait également hémi-anesthésique gauche pendant la période des trois mois dont le souvenir avait été perdu. La restauration accidentelle, j'en conviens, du même état de sensibilité avait été accompagnée de la restauration de tous les souvenirs de cette période. Des faits de ce genre ont été, je crois, assez souvent signalés. Je rappellerai surtout l'observation extraordinaire de Louis V. à laquelle de

1. Il est bon de dire que je ne connaissais pas, comme aujourd'hui, l'usage de l'écriture automatique qui probablement m'aurait donné d'autres résultats.
2. *Autom. psych.*, 1889, 94.

nombreux auteurs ont collaboré[1]. Ce malade célèbre présente cinq ou six personnalités différentes ou plutôt cinq ou six états de mémoire différents caractérisés chacun par des souvenirs et des amnésies déterminées. Dans chacun de ces états de souvenir, il avait un état particulier de la sensibilité, et il suffisait, quand c'était possible, de rétablir artificiellement tel ou tel état de la sensibilité pour faire naître immédiatement l'état de mémoire correspondant. On constate chez ce malade et chez beaucoup d'autres une relation étroite entre l'état de la sensibilité et l'état de la mémoire, telle que nous l'avions rencontrée en observant les somnambulismes de Rose.

Cette relation, nous avons cherché à la vérifier expérimentalement en produisant des anesthésies bien déterminées, et en cherchant leur influence, sur des souvenirs également déterminés. Nous sommes arrivé ainsi, croyons-nous, à constater certains faits qui ne ne nous semblent pas dépourvus d'intérêt. Bien souvent, je ne dis pas toujours, quand une hystérique a perdu complètement une certaine sensibilité, elle a perdu en même temps la faculté de percevoir les images qui dépendent de cette sensibilité. Ainsi, une malade dont j'ai rapporté autrefois l'observation, était atteinte d'une dyschromatopsie complète, et ne percevait, ni d'un œil, ni de l'autre, aucune couleur. Il m'était alors impossible de lui faire éprouver aucune hallucination colorée; elle voyait, disait-elle, les fleurs et les objets que je lui suggérais de voir, mais elle les voyait toujours gris et blancs[2]. Elle n'avait pas plus à la disposition de sa perception personnelle les images des couleurs que les sensations des couleurs. Quelquefois aussi, on peut faire une vérification en quelque

1. H. Bourru et P. Durot. *Variations de la personnalité*, 1888, surtout p. 123 et sq. Voir dans le même ouvrage un certain nombre d'observations tout à fait analogues.

2. M. Paul Richer a signalé, le premier, je crois, ce phénomène :

sorte inverse; si l'on suggère très fortement au sujet qu'il éprouve une certaine sensation tactile, un chatouillement par exemple, sur un membre qui est anesthésique, il arrive parfois que la suggestion réussit, et que le sujet se plaint d'éprouver le chatouillement. A ce moment, on peut constater, en pinçant le bras, que la sensibilité tactile est revenue tout entière à ce membre. L'image n'a pu être évoquée sans ramener en

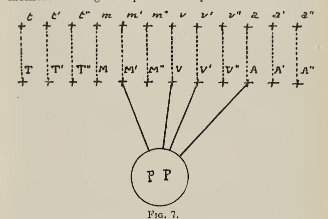


Fig. 7.

même temps dans la conscience personnelle la sensation elle-même. On peut varier indéfiniment ces expériences, et dans la plupart des cas, on constate une sorte de loi d'une application assez régulière : les sensations et les images de la même espèce semblent assurées; elles sont à la fois présentes ou absentes dans la perception personnelle. Si nous reprenons le schéma qui nous a déjà servi fig. 7, nous pouvons à chaque sensation élémentaire T T′ T″ M M′, etc., associer les images correspondantes, images tactiles t t′ t″, muscu-

Études cliniques sur la grande hystérie 1885, p. 707, mais il l'a constaté sur une femme qui n'était achromatopsique que d'un œil, ce qui rend l'interprétation psychologique plus difficile. Pour la discussion complète de ces expériences, voir *Aut.psych.*, p. 96 et 152.

laires m m' m'', visuelles, v v' v'' et auditives a a' a''; on lira alors l'expression graphique de ce fait : la perception personnelle P P, quand elle saisit les sensations M' V V' A, est en même temps capable de saisir les images associées m' v v' a; au contraire, en négligeant les sensations T T' T'', elle perd en même temps les images t t' t''. En un mot, certaines amnésies semblent dépendantes des anesthésies. Ce serait alors la variation brusque de l'état de sensibilité, qui déterminerait les amnésies localisées.

Dans certains cas, cette explication résume très exactement les faits : L'hystérique, incapable, à cause du rétrécissement du champ de sa conscience, de réunir continuellement dans une même perception personnelle toutes les sensations et les images, semble choisir pour les percevoir tantôt les unes, tantôt les autres. Elle a une perception personnelle très instable. Les hommes ordinaires, dit M. Charcot, sont des auditifs, des visuels ou des moteurs, quelques-uns appartiennent au type indifférent. Je crois qu'il serait peut-être nécessaire d'admettre pour les hystériques le type alternatif; car elles passent naturellement ou artificiellement d'un type à un autre; elles sont, par exemple, des visuelles à l'état de veille, et des motrices en somnambulisme. Une malade, Lucie, que j'ai décrite autrefois[1], était absolument conforme à cette description : naturellement, suivant qu'elle prenait tel ou tel type de pensée, elle possédait ou elle perdait telle ou telle catégorie de souvenirs.

Quelle que soit la justesse de ces remarques dans certains cas particuliers, je crois qu'elles sont loin de résoudre entièrement le problème de la localisation des amnésies. En effet, il est facile de comprendre que les disparitions et les retours des souvenirs ont lieu en pratique d'une manière bien plus compliquée. La disparition d'une certaine sensation et d'une certaine

1. *Autom. psych.*, 104.

image peut fort bien ne pas donner lieu à tous les oublis que la théorie précédente indiquerait. Il peut se produire des suppléances : le même souvenir, celui d'une personne par exemple, peut être représenté dans l'esprit par des images de différente nature; images auditives du son de la voix, images visuelles de la figure, etc. Le nom seul de cette personne peut suffire à la rappeler à notre pensée, quand nous avons perdu l'image visuelle de son visage, et bien souvent les oublis que toute anesthésie devrait amener, sont compensés et ne se manifestent guère. D'autre part, certaines images jouent, dans nos souvenirs, un rôle trop important : elles servent en quelque sorte de centre de ralliement, autour duquel tous les autres souvenirs sont coordonnés, et la perte de ces images, quand elle a lieu, amène des amnésies considérables, peu en rapport, en apparence, avec l'anesthésie qui les produit. Ajoutons enfin que cette association des images et des sensations, comme celle des sensations tactiles et des mouvements, est une association habituelle, très générale, mais qu'elle n'est pas nécessaire, et que, dans certains cas, elle peut être rompue; alors l'on comprendra pourquoi je considère cette explication de l'amnésie comme particulière et limitée à certains cas particuliers.

Ces études sur quelques formes particulières d'amnésie sont donc bien loin d'être complètes, car le phénomène est extrêmement complexe et variable; elles confirment seulement notre conclusion générale, en nous expliquant comment la perception personnelle incapable de rattacher tous les éléments à l'ensemble de la personnalité, néglige de percevoir telle ou telle catégorie d'images. Elles nous montrent que quelquefois on peut soupçonner pourquoi tel groupe de souvenirs est particulièrement laissé de côté; mais elles nous montrent aussi que beaucoup d'influences complexes et peu connues interviennent pour déterminer ce choix.

CHAPITRE III

LES ABOULIES

Le mot *aboulie* (ἀ, βουλή) désigne d'une façon générale les altérations, les diminutions de la volonté, il s'applique à la paresse, à l'hésitation, à l'impuissance dans les actes, comme à la lenteur, à l'indécision, à l'absence d'attention pour les idées. Ce caractère est bien connu des aliénistes qui l'ont observé très développé chez beaucoup de leurs malades, chez des intoxiqués, par exemple, soit par l'opium, soit par l'alcool, chez des neurasthéniques délirants, chez des mélancoliques. Certains malades, surtout, appartenant à un groupe encore mal déterminé, semblaient avoir le privilège de cette altération de l'esprit, et on a appelé leur état « la folie du doute ». Tout en reconnaissant que ce caractère appartient bien réellement à tous ces malades, je crois qu'il ne leur est pas propre. L'aboulie, sous toutes ses formes, est une des lésions les plus communes dans les affaiblissements de l'esprit : c'est pourquoi on la constate également dans l'hystérie.

Je crois même que ce symptôme joue dans l'hystérie un rôle capital, d'abord parce qu'il est très général et intervient plus ou moins dans beaucoup de phénomènes importants, comme dans la suggestibilité, ensuite parce que son degré de gravité plus ou moins grand modifie beaucoup le pronostic de la maladie. Pour montrer que ce caractère mérite d'être considéré comme un

stigmate de l'hystérie, je choisirai, pour l'étudier dans ce chapitre, des hystériques incontestables présentant tous les symptômes classiques. Les sujets dont je parlerai ne sont pas seulement des abouliques, ce sont les malades qui ont déjà été étudiées dans les chapitres précédents et qui ont présenté des attaques, des anesthésies, des amnésies, enfin tous les symptômes classiques. Une seule pourrait soulever quelques discussions, c'est la malade que je désigne sous le nom de Renée. Pour moi, elle est une hystérique extrêmement intéressante; mais je reconnais que ni ses distractions, ni ses tics, ni même ses attaques, n'ont la forme classique. Si donc le lecteur tient à se montrer fort sévère sur le diagnostic de l'hystérie, je le prie de supprimer les quelques détails que je donnerai sur Renée : cela ne modifiera en aucune façon les conclusions générales.

§ 1. — DESCRIPTION ET CLASSIFICATION

Les hystériques se présentent au premier abord sous deux aspects différents : les unes sont remuantes, agitées, gaies comme Marguerite, les autres sont calmes, rêveuses, mélancoliques comme Berthe. Celle-ci se rapproche en effet du type qui a été appelé l'hystérie mâle mais qui existe aussi chez la femme. Au fond, ces deux types reviennent à peu près au même : elles ne sont plus bonnes à rien ni l'une ni l'autre. Elles ont perdu toute activité sérieuse et utile. Si l'on interroge les parents sur le début de la maladie, le récit est toujours le même; on a commencé à s'apercevoir qu'elles ne pouvaient plus faire leur ouvrage. Briquet avait déjà remarqué que ses malades perdaient absolument le goût du travail et que le retour de l'activité était une marque de guérison [1]. Il est facile de vérifier cette remarque. Cette

1. Briquet, *op. cit.*, 22.

paresse, en effet, était extraordinaire chez Renée qui, pendant deux ans, a été incapable de faire quoi que ce soit, même de coudre un bouton à sa robe ou d'écrire une lettre à ses parents : « Ne me demandez pas cela, disait-elle, le moindre travail me paraît un tour de force. » « Je veux bien essayer, me disait une autre, Maz., mais dès que je commence à travailler un peu, il me semble que j'ai reçu des coups sur tout le corps. » « Je me demande, disait Berthe, comment peuvent bien s'y prendre les gens qui travaillent un peu. » Il y a bien peu d'exceptions qui peuvent quelquefois s'expliquer soit par l'idée fixe de gagner quelques sous, comme chez Maria, soit par une manière tout automatique de travailler que nous aurons à signaler. Cette paresse si frappante de toutes ces jeunes filles, en apparence robustes, ne doit pas être considérée uniquement comme un trait de leur caractère personnel. On ne s'expliquerait pas pourquoi l'hystérie frapperait toujours des personnes paresseuses et, d'autre part, il est facile de se renseigner et d'apprendre que ces mêmes jeunes filles ont été extrêmement actives. Parmi celles que je viens de signaler, l'une était une institutrice de talent, l'autre une domestique excellente, la troisième une ouvrière très travailleuse, et leur activité passée est appréciée par tous ceux qui parlent d'elles; c'est depuis qu'elles sont malades qu'elles ne peuvent plus rien faire et l'état hystérique seul est responsable de leur paresse.

Le travail, sauf dans quelques cas très rares de travail purement automatique, est la plus grande manifestation de l'activité volontaire, et s'il disparaît, c'est que la volonté est bien atteinte chez les hystériques. Un médecin anglais, William Page, a exprimé ce fait d'une manière saisissante : « L'état hystérique, dit-il, est constitué essentiellement par la perte du contrôle et l'affaiblissement du pouvoir de la volonté... le défaut se trouve plutôt dans une faiblesse de la vo-

lonté que dans une obstination de ne pas vouloir. Le malade dit souvent : « Je ne peux pas, » c'est comme s'il disait : « Je ne veux pas; » mais cela signifie : « Je ne peux pas vouloir[1]. « Les hystériques s'agitent, disait aussi M. Huchard, et les passions les mènent. Toutes les diverses modalités de leur état mental peuvent se résumer dans ces mots : elles ne savent pas, elles ne peuvent pas, elles ne veulent pas vouloir[2]. » Ce que ces auteurs expriment ainsi, les malades le disent à chaque instant à leur manière : « Je vais, je viens, je crie, me dit Marguerite, mais sans rien faire, sans arriver à rien, sans rien vouloir, je suis comme une machine qui n'a plus de ressort. » C'est là ce que je désigne d'une façon générale sous le nom d'aboulie, et c'est ce caractère dont il faut analyser les détails.

On peut, pour étudier les aboulies, adopter, la division qui nous a rendu quelques services et distinguer des aboulies systématisées, localisées et générales. Mais il faut remarquer ici que, probablement à cause de notre peu de connaissances sur ce phénomène, les deux premiers groupes sont mal déterminés et difficiles à diagnostiquer, et que le troisième seul est important.

Les **aboulies systématisées** sont des impuissances de la volonté portant non sur l'ensemble des actions mais sur un acte particulier ou un système d'actes spéciaux. Sans doute, de telles impuissances se rencontrent et les actes supprimés ne sont pas toujours ceux qui nous paraissent être les plus difficiles. Renée, par exemple (je parle d'elle, car je crois que dans ce cas il s'agit bien d'aboulies systématisées), cesse tout d'un coup de pouvoir parler ou de pouvoir écrire; elle ne peut

1. The patients says, as all such patients do : « I can not, » it looks like : « I will not, » but it is : « I can not will. » W. Page, *Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion and nervous shock in their surgical and medico-legal aspects*, 1883.
2. M. Huchard, État mental, mœurs des hystériques, *Archiv. de neurol.*, 1882, I, 203.

plus arriver à dire « bonjour » à une certaine personne, tandis qu'elle salue bien toutes les autres.

Mais, en général, il est très difficile de porter avec précision le diagnostic d'aboulie systématisée. En effet, quand il ne s'agit que d'une action déterminée, on sait qu'elle peut être supprimée de bien des manières. D'abord une action peut être supprimée par une idée fixe qui s'y oppose : quand Isabelle, à la suite d'une attaque pendant laquelle elle a parlé de mourir de faim, se met à refuser de manger, je ne songerai pas à un phénomène d'aboulie. Mais c'est encore là un cas assez facilement reconnaissable. Ce qui est plus embarrassant, c'est que toute action est un phénomène psychologique fort complexe et renferme surtout deux parties principales, la volonté de l'action et son exécution. Quand un acte isolé a disparu, il n'est pas facile de dire laquelle des deux fonctions est lésée. C'est le sujet de la querelle entre le « non-vouloir » et le « non-pouvoir » qui a divisé en deux camps les auteurs qui ont étudié l'aboulie [1].

Sans doute ces phénomènes se touchent de très près, et chez l'homme normal ils se confondent presque absolument. Cette confusion peut aussi exister chez le malade, et l'on peut quelquefois dire avec M. Féré : « Le non-savoir, le non-vouloir, le non-pouvoir sont, en réalité des équivalents de la paralysie psychique du mouvement [2]. » Mais on est forcé aussi dans certains cas de faire une distinction nécessaire. Un individu qui sait ce qu'il faut faire, qui se représente l'action à accomplir, mais qui ne trouve plus dans son esprit les moyens de l'effectuer, qui a simplement *oublié* comment on doit s'y prendre pour agir, n'est pas identique au malade qui ne se donne pas la peine de concevoir l'action et qui ne fait aucun effort. L'un est un simple

1. D.-J. Rivière, *Contribution à l'étude clinique des aboulies*, 1891, 11.
2. Féré, *Sensation et mouvement*, 1887, 148.

amnésique, l'autre un aboulique : au point de vue du pronostic ce n'est pas indifférent. Pour prendre un exemple, l'astasie-abasie me paraît une forme de l'amnésie des images motrices et non de l'aboulie proprement dite. Cette distinction est particulièrement embarrassante quand il s'agit d'actions isolées ; je crois, avec M. Rivière [1], que le non-vouloir se rencontre plus fréquemment dans les aboulies généralisées et le non-pouvoir dans les formes systématiques. Cela revient à dire que ces dernières sont le plus souvent des amnésies.

Quoi qu'il en soit, certaines de ces aboulies systématisées sont intéressantes : beaucoup de malades cessent momentanément de pouvoir parler, ou manger, ou se lever de leur chaise, ou bien elles ne peuvent plus se décider à faire les actes de leur profession (impuissance professionnelle de Levillain). J'insisterai seulement sur l'une de ces impuissances qui m'a vivement intéressé et qui me paraît plus nettement que les autres devoir être rattachée à l'aboulie. Je veux parler de l'*aboulie du sommeil*.

Cette expression semble bizarre, car les psychologues ne sont pas habitués à considérer le sommeil comme une action et à le rattacher d'une manière quelconque à la volonté. Si l'on veut y réfléchir, on remarquera cependant que la volonté joue un grand rôle dans ce phénomène. Certaines personnes qui jouissent d'un grand pouvoir de volonté sur elles-mêmes s'endorment quand elles veulent à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit. On connaît bien la phrase célèbre de Napoléon : « Quand je veux interrompre une affaire, je ferme son tiroir et j'ouvre celui d'une autre. Elles ne se mêlent point l'une avec l'autre et jamais ne me gênent ni ne me fatiguent. Si je veux dormir, je ferme tous les tiroirs et me voilà en sommeil [2]. » Une autre

1. Rivière, *op. cit.*, 28.
2. D'après Taine, *Régime moderne*, 1891, I, 25.

remarque vient se joindre à celle-ci : La plupart des anciens magnétiseurs comme Bertrand, Charpignon, Ordinaire et surtout le général Noizet [1] insistent sur ce fait, c'est que l'on suggère le sommeil comme un acte quelconque. M. Bernheim a reproduit souvent cette ancienne remarque [2], et avec raison, car le fait est incontestable. Cela ne prouve en aucune manière que le sommeil doive être confondu avec le somnambulisme, tous les phénomènes que l'on suggère ne se confondent pas forcément entre eux; mais cela montre que le sommeil dépend de nos idées comme une espèce d'action. Ces remarques nous préparent à comprendre un fait que j'ai remarqué si souvent : les abouliques ne savent pas vouloir dormir et ils ne savent pas davantage vouloir se réveiller. Berthe, après avoir passé la journée à ne rien faire, pense à jouer ou se demande s'il ne serait pas temps de travailler un peu, quand arrive le moment de dormir. Quand on la gronde, elle pleure et dit qu'elle va essayer de dormir, mais elle essaye très mal et, en réalité, ne sait plus s'y prendre pour se décider à dormir. Quand l'aboulie augmente chez elle, à la suite de fatigues, par exemple, l'insomnie augmente également au moment où il faudrait précisément savoir dormir. On l'endort par suggestion, comme je le dirai, mais alors elle ne sait plus se réveiller ou se réveille à moitié sans se décider à être dans un état ou dans l'autre. Ce phénomène est très fréquent, et le sommeil est une chose si grave dans les maladies nerveuses que l'on peut excuser ces quelques remarques sur l'aboulie systématisée du sommeil.

On pourrait employer le mot d'**aboulie localisée** pour désigner plusieurs faits. Certains sujets, comme Marguerite, ont des états d'aboulie momentanés et périodiques dans la journée qui précède l'attaque : toutes

1. Général Noizet, *Mémoires sur le somnambulisme*, 1854, 86.
2. Bernheim, *Hypnotisme*, 1891, 72.

ses idées s'embrouillent, et elle ne peut plus rien vouloir, ni faire attention à rien. Quoiqu'elle soit toujours assez aboulique, elle ne l'est pas continuellement à ce degré. On pourrait dire aussi que l'aboulie est quelquefois localisée non à certaines actions mais à certains membres du sujet. On sait que les hystériques ne font guère attention à leurs membres anesthésiques, qu'ils les oublient presque complètement et ne peuvent, par conséquent, les remuer volontairement comme les membres sensibles. Ces troubles du mouvement méritent d'être étudiés à part. Enfin, on pourrait remarquer que le défaut de synthèse, caractéristique de l'aboulie, ne porte pas également sur toutes les images psychologiques. Marcelle, une grande aboulique qui reste à étudier, réunit mieux et comprend mieux les images auditives que les images visuelles et celles-ci mieux que les images de sens musculaires. L'étude de ces aboulies localisées n'est pas encore assez avancée.

Les **aboulies générales** qui portent simultanément sur toutes les actions et toutes les pensées sont de beaucoup les plus importantes; elles se présentent sous deux aspects presque toujours réunis, mais que la description peut séparer : les *aboulies motrices* et les *aboulies intellectuelles*. Pour comprendre une maladie, disait souvent M. Charcot, il faut l'étudier sous sa forme la plus nette, la plus typique. J'ai pu étudier chez M. Falret une hystérique dont le symptôme prédominant était une aboulie énorme; je suis loin de prétendre que toutes les malades soient construites sur ce modèle, mais je crois qu'il est utile de reproduire cette description avant d'étudier les cas atténués et moins nets.

Le fait le plus apparent que l'on constate avant tout chez cette personne, et le premier symptôme dont elle se plaint, si on l'interroge, est une difficulté singulière des mouvements. Elle reste en général immobile sur sa chaise, faisant machinalement un petit travail de crochet et elle refuse presque toujours de se déranger

ou de faire un mouvement quelconque. Quand on lui propose de faire un mouvement des bras, en particulier d'étendre la main pour prendre sur la table un objet qu'on lui montre, elle refuse d'un air chagrin et boudeur. Si on insiste beaucoup et longtemps, elle se soulève lentement et avance très légèrement la main, puis elle s'arrête, immobile, et dit : « Mais je ne peux pas, » et retire son bras. Puis elle l'étend de nouveau un peu, reste en suspens, fait des mouvements inutiles, incohérents, et enfin, par un mouvement brusque, prend l'objet, souvent elle le remet plusieurs fois sur la table avant de pouvoir décidément le garder dans la main. Ces hésitations pour prendre un porte-plume ou un verre peuvent durer un quart d'heure ou une demi-heure. Le plus souvent, d'ailleurs, Marcelle ne persévère pas si longtemps et après quelques essais infructueux, elle retire la main et ne bouge plus; puis, d'un air de mauvaise humeur, elle déclare qu'elle ne peut pas et ne veut même plus essayer. C'est de cette dernière façon que les choses se passent quand elle est seule. Elle ne pourrait arriver à se déshabiller pour se coucher si on ne l'aidait; elle hésite pour toucher sa robe, réussit avec beaucoup de peine à l'enlever un peu, mais au lieu de continuer elle la remet et recommence indéfiniment. Je la trouvai un jour les mains vides, sans son crochet habituel qui était sur une table à un mètre d'elle. « Je m'ennuie tant, me dit-elle, parce que je n'ai pas mon crochet, donnez-le-moi. » Un autre jour, je la trouve renfermée dans la salle et je lui reproche de n'être pas sortie profiter d'un beau jour de soleil : « J'ai essayé, me dit-elle, mais je n'ai pas pu sortir, alors je suis restée sur ma chaise. » Cette hésitation, comme on le voit par ce dernier exemple, atteint aussi les mouvements des jambes. Enfin, à de certains moments, elle reste sans répondre et ne peut même ouvrir la bouche; le lendemain, elle raconte qu'elle a voulu parler mais n'a pu

y parvenir. En un mot, tous les mouvements volontaires des bras, des jambes, même ceux de la langue et des lèvres présentent la même hésitation et la même impuissance.

Cette hésitation et cette impuissance, qui ne s'expliquent par aucune paralysie, ne peuvent pas ici être rattachées à une idée fixe, telle que serait, par exemple, la pensée que les objets sont répugnants ou dangereux. Insistons sur les raisons qui, dans ce cas, comme dans les autres, permettent de faire le diagnostic entre l'aboulie motrice et un véritable délire du toucher.

Je surprends plusieurs fois Marcelle dans ses plus forts moments d'hésitation et je lui demande si elle éprouve un réel sentiment de dégoût. Elle avoue qu'elle ne l'éprouve pas et, quand on insiste à ce moment même, elle convient qu'en réalité elle ne sait pas du tout d'où vient son hésitation. Ensuite le délire du contact est ordinairement limité (du moins quand il est primitif) à quelques objets qui ont frappé l'imagination de la malade, les boutons de porte ou les objets en cuivre, les épingles, un meuble, etc. Or Marcelle elle-même se plaint à moi qu'on l'accuse à tort d'avoir peur des boutons de porte. Son hésitation n'existe pas plus pour les portes, elle est générale et s'applique à tous les objets indistinctement.

Une petite expérience peut encore trancher la question. Les auteurs qui ont parlé du délire du contact ne me semblent pas distinguer assez dans leurs observations deux sortes de contacts, le contact actif et le contact passif. Il faut, il me semble, dans le délire de ce nom, constater l'altération de ces deux sortes de touchers, il faut que le malade non seulement ne puisse toucher lui-même l'objet, mais encore en redoute le contact, si on l'approche de lui. Or Marcelle ne m'a jamais paru présenter la moindre crainte du contact passif. Elle n'arrive pas à me toucher la main et elle hésite indéfiniment; mais elle ne bouge pas et ne se montre pas

fâchée si je lui prends moi-même la main. Elle ne peut toucher elle-même un papier, mais elle ne recule pas et ne se plaint pas si je lui mets le papier sur les mains; souvent même, elle demande qu'on lui donne les objets. Le contact ne lui est donc pas odieux et il n'y a pas de dégoût réel. Ce qui est troublé, c'est le contact actif, le fait d'accomplir un mouvement pour atteindre l'objet. Mais, dans ce phénomène, l'élément principal est le mouvement lui-même et non le contact qui ici n'est pas en jeu.

Ce qui rend l'observation encore plus nette, c'est que l'on peut constater la même difficulté dans les mouvements seuls isolés de tout contact. Marcelle hésite pour se lever, pour marcher, pour parler, comme pour prendre un objet. On provoque les mêmes efforts, les mêmes hésitations en lui demandant simplement de lever le bras en l'air. Nous sommes donc bien en présence d'un trouble psychologique qui porte sur la faculté motrice, sur les phénomènes présidant aux mouvements.

Telle est la forme de l'aboulie motrice, quand elle est complète; le plus souvent, elle n'existe pas à ce degré. Les actes volontaires deviennent seulement pénibles, lents, de courte durée et entrecoupés d'arrêts innombrables. Les malades mettent un temps infini pour s'habiller, pour manger, pour coudre quelque chose ou écrire la lettre la plus simple. Elles éprouvent surtout une peine énorme à prendre une décision et à commencer un nouveau travail et, bien souvent, cette résolution si difficile ne leur sert à rien; car un des caractères les plus faciles à constater, c'est qu'elles n'achèvent jamais ce qu'elles commencent. La résolution ne dure pas; au premier obstacle, au plus petit incident, elles sont distraites, se donnent tout entières à une nouvelle pensée et abandonnent complètement la première. « J'avais pourtant une belle résolution, dit Berthe, si on lui fait des reproches, mais que voulez-vous, elle

a été démolie, parce que quelqu'un est entré. » Pour arriver à faire quelque chose, ces personnes sont obligées de diviser et subdiviser des actes qui nous paraissent simples : on fera un premier effort aujourd'hui pour chercher une aiguille ; demain on en fera un second pour chercher du fil et peut-être commencera-t-on à coudre après-demain. Elles fractionnent leurs actes [1], et n'arrivent pas cependant à exécuter une action un peu complexe.

L'aboulie intellectuelle : Il est impossible d'étudier les névroses et les maladies mentales sans s'être bien rendu compte de ce caractère important. La volonté n'a pas uniquement une action motrice ; elle joue un rôle essentiel dans l'intelligence, et je suis même disposé à croire avec Wundt [2] et avec Bastian [3] que cette fonction intellectuelle est la première, et que les actes en sont seulement la manifestation extérieure. Quand on la considère à ce point de vue, la volonté prend le nom d'attention et son résultat principal est de nous faire comprendre en les synthétisant (*comprehendere*) les phénomènes psychologiques inférieurs, sensations et images, de nous donner l'intelligence des choses. Cette forme de la volonté est troublée comme l'autre chez les abouliques et les deux altérations sont ordinairement simultanées.

La difficulté de l'attention a déjà été signalée dans les plus anciennes observations sur l'aboulie, celle de Leuret en 1834, celle de Billod en 1843, et dans toutes les autres plus récentes. Un médecin d'Amsterdam, nommé Guge [4], ayant observé des modifications analogues de l'attention au cours de certaines affections nasales, leur donna le nom d'aprosexie (ἀ, προσέχειν,

1. Raymond et Arnaud, Sur certains cas d'aboulie. *Annales medico-psychologiques*, 1892, II, 79.
2. Wundt, *Psychologie physiologique*, trad., 1886, II, 444.
3. Bastian, Les processus nerveux dans l'attention et la volition, *Revue philosophique*, 1892, I, 353.
4. D'après Rivière, *op. cit.*, 21.

s'attacher à, être attentif), le mot a paru juste et a été appliqué même aux troubles de l'attention dans les névroses. J'étudierai d'abord, suivant la règle, la forme la plus complète de l'aprosexie, puis je décrirai les formes atténuées qui sont ici particulièrement intéressantes.

« Il m'arriva un jour, dit sainte Thérèse[1], que, voulant lire la vie d'un saint,... j'en lus quatre ou cinq fois de suite quelques lignes sans pouvoir jamais rien y comprendre, quoiqu'elles fussent en langue vulgaire, ce qui me fit jeter le livre; et la même chose m'est arrivée diverses fois... » Les hystériques d'aujourd'hui ne manquent pas de suivre sur ce point, comme sur bien d'autres, l'exemple de leur illustre patronne. C'est, en effet, en leur demandant de lire avec attention quelques lignes et d'expliquer ensuite ce qu'elles ont compris qu'on mettra le mieux en évidence, dans les cas simples, leur aprosexie.

« C'est un spectacle curieux pour un psychologue que la façon dont Marcelle lit un journal. Je lui désigne un alinéa que je la prie de lire. Elle obéit et semble lire tout bas : « C'est fait, dit-elle. — Bien, qu'avez-vous lu? De quoi s'agit-il? — Tiens, je n'en sais rien, laissez-moi relire. » Elle relit tout bas : « Eh bien? » Elle reste étonnée : « Mais, dit-elle, je ne sais pas de quoi il s'agit, cela n'entre pas dans ma tête. — Lisez tout haut. » Elle lit tout haut et très correctement, quoique d'une voix monotone; mais quand elle a fini, le résultat est le même, elle n'a rien compris. Elle lit du français comme elle lirait une langue étrangère; elle prononce les mots, elle comprend à la rigueur chacun d'eux isolément, mais n'entend absolument rien au sens du paragraphe[2]. »

Les sensations ne lui manquent pourtant pas, puis-

1. SAINTE THÉRÈSE, autobiographie, p. 184.
2. Étude sur un cas d'aboulie et d'idées fixes. *Revue philosophique*, 1891, I, 389.

qu'elle lit correctement à haute voix. Est-ce un trouble de la mémoire? La plupart des auteurs qui décrivent des faits analogues semblent le supposer et disent que le malade oublie le commencement de la phrase quand il lit la fin. C'est admettre là, chez la plupart des abouliques, une forme d'amnésie continue extraordinaire. Chez Mme D..., peut-être, le phénomène pourrait être de ce genre; mais on sait que Marcelle n'oublie les événements récents qu'au bout de quelques heures. D'ailleurs l'expérience prouve qu'il n'en est pas ainsi. « Il m'est arrivé une fois, immédiatement après la lecture à haute voix, de lui demander les mots qui étaient contenus dans ces deux lignes. Elle a pu les réciter presque tous, mais sans comprendre la phrase. Cette récitation des mots ne se fait pas dans l'ordre de la lecture, mais semble se faire suivant l'ordre des associations banales. Elle récite ensemble les mots de même consonance ou de même nature. Un jour, elle lisait un petit alinéa sur un incendie qui contenait plusieurs chiffres, la date, le nombre de maisons brûlées, le nombre des victimes. Elle me récita à la suite et sans erreur tous les chiffres contenus dans l'alinéa, mais sans comprendre ce qu'ils signifiaient. On voit que cette altération intellectuelle n'est due ni à la sensation, ni à la mémoire, ni à l'association des idées entendue dans le sens vulgaire. Il y a là un trouble tout particulier de l'attention dont nous étudierons le mécanisme en même temps que celui de l'aboulie. Le même caractère de l'inintelligence dans la lecture s'observe chez d'autres malades, assez régulièrement chez Maria pendant toute une année, plus irrégulièrement chez Berthe, Justine et bien d'autres malades.

Si l'aprosexie augmente encore, ce défaut d'intelligence va se manifester non seulement dans le phénomène compliqué de la lecture, mais dans la simple perception des objets extérieurs : Un jour, les parents de Marcelle étant venus la voir, on crut lui faire plaisir

en lui donnant la permission de sortir du service et d'aller se promener dans le parc de la Salpêtrière. Il fallut, au bout de peu de temps, la ramener à cause d'un accident singulier. Une fois en dehors des bâtiments qu'elle connaissait, elle se mit à regarder de tous côtés d'un air effaré, demandant : « Où suis-je? Qu'est-ce que cela? » Elle ne voulait plus avancer et cherchait par terre si le sol était solide ou non, elle ne reconnaissait plus aucun objet, pas même un arbre ou un banc, et finit par dire qu'elle ne voyait plus clair. Une fois de retour dans la salle accoutumée, elle se remit peu à peu et reconnut de nouveau les objets.

Dans une autre circonstance, Marcelle étant fort malade et en proie à dès idées délirantes, nous a montré un trouble analogue, non plus dans la perception des images visuelles, mais dans la perception des sensations auditives. Elle paraissait écouter ce qu'on lui disait, mais elle se mettait à rire et répétait : « Qu'est-ce que vous dites? Mais je ne vous comprends pas. » Elle ne pouvait plus comprendre une seule parole. J'ai observé des faits de ce genre, plus ou moins passagers, il est vrai, chez beaucoup d'hystériques. Il y a des semaines entières pendant lesquelles Berthe ne comprend plus ce qu'on lui dit; elle se met à l'écart et ne se mêle plus aux autres malades : « J'ai beau écouter, dit-elle, je ne comprends pas ce qu'elles disent, j'ai l'air d'une bête. » Il faut lui répéter des choses simples cinq ou six fois et attirer vivement son attention : « Cela n'entre pas dans ma tête, elle est trop dure; je ne vous comprends pas, cela m'agace. » Il y a des malades avec lesquelles on ne peut commencer à causer facilement que lorsque la guérison avance, ainsi que l'a remarqué M. Séglas en traitant une hystérique de ce genre [1]. Si cette aprosexie restait permanente à ce degré, on peut dire que la malade sortirait de l'hystérie et entrerait dans une autre

1. Séglas, Faits de thérapeutique suggestive. *Archives de neurol.*, 1885. Extrait p. 11.

classe, celle des mélancoliques, par exemple ; cette évolution, ainsi que je le montrerai plus loin, n'est pas aussi rare qu'on le pense, il nous suffit de voir ici combien elle est naturelle.

Quand l'aprosexie est complète, comme dans les cas précédents, elle présente un caractère particulier : le malade est en général calme, indifférent à son affection, il ne paraît pas souffrir quand on lui dit de fixer l'attention; c'est qu'en réalité il ne la fixe pas du tout. Les choses ne se passeront plus ainsi dans l'aprosexie atténuée. Quand la puissance d'attention est simplement diminuée au lieu d'être supprimée, on peut observer une quantité de troubles bien complexes.

1° L'attention est très *lente* et très difficile à fixer; à chaque instant, le sujet vous échappe et se remet à rêver ou à babiller au hasard; il faut de nouveau et pendant longtemps l'exciter et l'encourager pour qu'il essaye de faire attention. Cela est bien plus long encore lorsqu'il est seul. Quand Marguerite veut écrire une lettre, ce sont des préparatifs interminables de plusieurs jours : « Il faut bien, dit-elle, que je m'y remette, que je me rattrape. »

2° Quand l'attention est à peu près fixée et que le sujet travaille réellement à comprendre ce qu'on lui fait lire, ou à effectuer un petit calcul, toutes sortes de *souffrances* commencent; des inquiétudes de tous côtés, des maux de tête souvent atroces, qui seront quelquefois persistants, obligent à interrompre. Le malade qui redoute ces douleurs évite spontanément d'exercer son attention, ou il ne le fait que dans les cas indispensables. Un jeune homme de ce genre qui se rendait fréquemment coupable de distractions énormes me disait : « Quand je suis avec des intimes, je ne crois pas que ce soit la peine de faire attention, je me laisse aller. »

3° Ces phénomènes subjectifs qui se produisent pendant l'exercice de l'attention, s'accompagnent de symptômes objectivement appréciables, d'*anesthésies* nou-

velles et de *troubles du mouvement* qui montrent bien la difficulté de l'effort. Pour faire attention à quelque chose, l'hystérique est obligée d'employer toute sa petite force mentale et de sacrifier momentanément tout le reste. Elle cesse de percevoir les sensations qu'elle avait cependant conservées. Marguerite, qui d'ordinaire est seulement anesthésique à droite, le devient des deux côtés; Maria, Justine, etc., perdent aussi toute sensibilité; on peut même leur mettre du sulfure de carbone sous le nez sans qu'elles le sentent, tandis qu'à l'ordinaire elles le repoussent. Le champ visuel se rétrécit et ne peut plus recevoir aucune image en dehors de celle que le sujet regarde[1]. Non seulement les sensations, mais les mouvements eux-mêmes sont négligés par le sujet. Pendant que l'attention est fixée, il semble que les images motrices aient conquis toute leur indépendance. Alors se produisent une quantité de grimaces, de tics, de soubresauts des bras et des jambes dont le sujet ne s'aperçoit pas. On peut prendre la direction de ces mouvements et faire faire toutes sortes d'actions dont le malade n'a aucune conscience. Tel était ce jeune homme, interne des hôpitaux, qui avait de l'écholalie pendant qu'il jouait aux cartes et à qui ses camarades faisaient répéter toutes sortes de mots sans qu'il s'en doutât. C'est le principe d'une variété d'actes subconscients qui seront étudiés plus loin.

4° Cette attention si pénible ne dure pas longtemps; elle oscille, cesse, reprend un moment, et finit, au bout d'un temps variable, mais toujours assez court, par disparaître complètement; elle amène souvent à sa suite un certain nombre d'*accidents*. Quelques sujets se contentent de détourner les yeux de leur travail, ils disent qu'ils ne peuvent plus continuer, et se plaignent d'un fort mal de tête. Mais chez d'autres, les choses sont beaucoup plus graves. Chez quelques-uns, il y a

1. Ce point a été étudié à propos du sens visuel, page 76.

un épuisement tel qu'ils ne peuvent plus rien faire, ni rien sentir pendant quelque temps. Justine fixe un livre qu'elle essaye de lire; elle lit bien deux minutes, puis se plaint, frotte ses yeux qui la piquent et qui pleurent; elle essaye encore, mais elle ne voit plus rien, elle est comme dans l'obscurité. Cette cécité dure une ou deux minutes, et la malade recommence à lire; au bout de deux minutes, même manège. C'est une forme de ce phénomène qu'on a appelé l'*asthénopie*, mais je crois qu'ici il est uniquement central, et dépend de la fatigue de l'attention. Justine, comme beaucoup de ces malades, lit souvent sans aucune attention, en rêvant à autre chose, en ne comprenant absolument rien. Quand elle lit ainsi, les yeux ne se fatiguent pas et ne deviennent pas, aveugles.

Le même épuisement peut se manifester, non pour les sens, mais pour l'intelligence elle-même. Marcelle venait de se réveiller du somnambulisme, et jouissait pleinement d'un de ses instants clairs. L'état moral était remarquablement bon et devait, d'après les observations précédentes, conserver ces qualités au moins une demi-journée. Malheureusement Marcelle, avec cette curiosité bizarre qui ne survenait qu'à ce moment, se mit à regarder les papiers qui étaient sur la table. Elle vit des feuilles sur lesquelles j'avais dessiné des champs visuels, et elle exprima le désir de savoir ce que signifient tous ces petits ronds. Je me laissai entraîner, pour voir comment une personne de ce genre écouterait une explication scientifique, à lui dire le plus simplement possible ce que c'était qu'un champ visuel. A ma grande surprise, elle comprit fort bien, et se mit à faire des remarques assez justes sur les dessins qu'elle voyait. Tout cela était trop beau pour elle; elle s'arrêta au milieu d'une phrase, fixa les yeux au sol, et entra dans un état mélancolique avec aprosexie complète, qui dura jusqu'au lendemain. Un peu de fatigue mentale avait détruit en un instant tout le progrès si péniblement

obtenu. Ces transformations de l'attention sont en effet très fréquentes : on prie Maria de faire attention à quelque chose, à un article de journal par exemple ; elle s'y décide avec peine, commence lentement, puis elle s'arrête dans une immobilité complète, les yeux rivés sur sa lecture. On croit qu'elle fait une attention extrême, point du tout, elle a une des crises dont elle est coutumière, une de ses fixités comme elle dit. Il faut se hâter de la secouer pour la tirer de cet état, sinon dans quelques minutes on ne pourra plus l'en faire sortir. On verra plus loin la description psychologique de ces états : ce sont des rêveries automatiques qui surviennent après épuisement total de l'attention volontaire. Maria en sort par quelques soubresauts, en poussant un grand soupir, et naturellement avec l'oubli complet de tout ce qu'elle vient de lire.

Ce cas nous amène tout naturellement à faire une autre remarque bien connue, c'est que beaucoup d'hystériques entrent en somnambulisme quand on veut leur faire faire attention à quelque chose. Je ne puis étudier ici ce fait sans avoir encore parlé du somnambulisme; je fais seulement remarquer que l'attention prolongée a détruit la personnalité normale et a permis le développement automatique d'une autre forme d'existence psychologique.

Enfin, il ne faut pas oublier les hystériques auxquelles l'effort d'attention donne tout simplement une attaque, comme Célestine ou Renée. Pour rappeler à Renée ce qu'elle savait autrefois comme institutrice, je lui ai proposé un petit problème de calcul. Elle l'a accepté non sans plaisir, en se souvenant qu'elle s'y intéressait jadis, et d'ailleurs elle n'a pas mal commencé. Mais elle a mal fini; après cinq minutes, elle sautait en l'air brusquement, puis se jetait par terre, criait miaou, oua, oua, etc., et lançait à tue-tête toutes les injures de son répertoire fort riche : c'était le résultat psychologique d'un problème d'algèbre. Je com-

prends maintenant une observation que j'avais recueillie avec étonnement à la consultation de M. Séglas. On amenait un petit garçon renvoyé de l'école parce qu'il avait des convulsions dès qu'il cherchait à faire attention. On peut vérifier le fait chez un grand nombre de malades, et il rentre dans les catégories de faits précédents.

5° Quels sont au moins les *résultats* de cette attention si difficile ? Ils ne sont pas bien remarquables. Les malades qui n'ont pas une aprosexie complète arrivent à comprendre ; elles se forment des idées relativement aux choses. Mais ces idées sont mal formées, elles manquent de netteté et de stabilité, elles sont mal possédées par le sujet, qui les laisse échapper à chaque instant. De là ce gros symptôme de l'état mental hystérique, comme de tous les esprits affaiblis : le doute. Le doute n'est pas propre à ceux qu'on appelle les douteurs qui d'ailleurs sont très souvent de simples hystériques, il existe chez la plupart des hystériques classiques.

Ce doute peut porter sur les perceptions présentes. Si on présente à Marcelle des objets : un livre, un couteau, en lui demandant ce que c'est, elle ne peut dans certains jours affirmer leur nature avec certitude : « Je crois que c'est un livre, mais je puis me tromper... voyons, dites vous-même, est-ce un livre ? » Un jour, elle assistait à un petit concert, et elle vint me poser avec anxiété la plus singulière question : « Est-ce vrai tout cela ? La musique, ces personnes qui dansent, cela ne semble pas être vrai ; cela doit être un rêve[1]. » Berthe rencontre un jour son frère qui vient la voir, et le regarde avec hésitation : « Est-ce que c'est vraiment toi, je ne suis pas bien sûre de te reconnaître. » « J'ai toujours, me disait-elle, comme un voile, un brouillard devant les yeux, est-ce que je ne le percerai

1. Aboulie et idées fixes, *loc. cit.*, 387.

donc jamais? Tout ce que j'entends me paraît tomber dans un grand vide; je me perds dans mes idées comme dans un filet, comme dans une toile d'araignée une pauvre mouche. » Le doute peut porter aussi et plus souvent encore sur les souvenirs et sur les imaginations. Les malades se représentent mal le passé et l'avenir, doutent de ce qu'elles ont fait et de ce qu'elles vont faire, ne peuvent plus arriver à croire les récits qu'on leur fait, ou même les récits qu'elles font elles-mêmes. On comprend quelles perturbations singulières et compliquées peuvent en résulter. L'une doute du passé et aura des remords faux, l'autre aura des craintes imaginaires; celle-ci accuse tout le monde de mentir, et celle-là, comme a fait Justine pendant plusieurs mois, s'accuse elle-même de mentir continuellement. Il faudrait tout un volume portant spécialement sur le doute, pour décrire tous ces faits.

Je ne voudrais cependant pas terminer cette étude sommaire de l'aprosexie sans signaler un détail curieux, qui s'observe dans ces attentions insuffisantes. Quand Berthe lit et tâche de faire attention, elle s'arrête à un mot et le lit avec étonnement : « Tiens, le mot « maison », quel *drôle* de mot; on appelle comme cela les endroits où on habite, quelle *drôle* d'idée de les appeler comme cela. Tiens, « une année » quelle *drôle* de chose, on compte par années, pourquoi compte-t-on par années? » Louise, une fillette de 13 ans, hystérique, a des *étonnements* de ce genre pour tous les objets qu'elle regarde avec attention : « Un lit, que c'est drôle. Je n'osais pas le dire chez moi, on se moquait de moi; mais quand je suis revenue de la pension, j'ai trouvé les meubles, les chaises, la pendule tellement *étranges.* » Maria s'arrête devant un arbre, une plante, un objet : « Comme c'est grand un arbre, comme c'est vert du buis! etc. » Ce phénomène est fréquent, je crois qu'il a son importance, car cet étonnement est le point de départ d'une série de questions,

et quand les malades sont prédisposées aux obsessions, elles tombent ainsi dans la folie de l'interrogation, le « grübel sucht ». A plusieurs reprises, en examinant un malade atteint de ce délire, j'ai trouvé, au début de ses interrogations, l'étonnement initial analogue à celui de Berthe : « Un jour où j'étais très fatigué, me dit l'un d'eux, j'ai vu entrer un étranger, il me parut si drôle, et depuis je me demande toujours pourquoi les hommes ont des nez. » Il y a peut-être au fond de ce délire un trouble de l'attention analogue à celui de l'hystérique.

Ce caractère « drôle, étrange » consiste simplement, à mon avis, en une impression de « nouveauté » ; c'est un sentiment de « jamais vu » par opposition à l'illusion de mémoire du « déjà vu ». Nous éprouvons nous-même ce sentiment quand nous regardons un objet sous un aspect qui n'est pas habituel, quand nous regardons, par exemple de très près, la pupille d'un œil. Nos malades voient mal, et rattachent mal leurs sensations à leurs souvenirs ; de là ce défaut de *reconnaissance* qui vient s'ajouter aux troubles si nombreux de leur intelligence des choses.

Je n'ai pu que les énumérer brièvement dans ce chapitre, chacun d'eux mériterait une étude spéciale. Ce que l'on a vu suffit pour montrer l'importance de ces troubles de la volonté intellectuelle dans l'hystérie.

§ 2. — ANALYSE PSYCHOLOGIQUE ET INTERPRÉTATION

Il serait facile de montrer dans les aboulies des hystériques les mêmes caractères psychologiques qui ont été signalés dans l'étude de leurs anesthésies et de leurs amnésies. Mais, comme ces caractères sont maintenant connus, je crois qu'il vaut mieux présenter les choses d'un point de vue un peu différent et faire ressortir quelques traits qui existaient déjà dans les autres stigmates, mais qui sont ici bien plus manifestes.

En effet, on remarque facilement que cette aboulie est également variable et mobile. Vel. retrouve toute son énergie quand elle est ivre d'alcool ou d'éther ; aussi a-t-elle fortement abusé de ce moyen de réconfort. On constate également que bien souvent ce symptôme présente un aspect contradictoire.

Quand on étudie un cas typique, comme celui de Marcelle, on sera toujours frappé, comme je l'ai été moi-même, d'une opposition entre les paroles et les actes de la malade. Elle déclare qu'elle est incapable de bouger, de faire aucun mouvement, de se lever de sa chaise, de prendre un objet, et elle fait devant nous les efforts les plus infructueux pour lever un doigt. Cependant si on fait mine de quitter la malade, si on la regarde à son insu et surtout sans qu'elle puisse penser qu'on l'observe, on constatera qu'elle remue en réalité beaucoup et qu'elle accomplit la plupart des mouvements qu'elle se déclarait incapable de faire. Ici encore, comme dans les études précédentes, il ne faut pas conclure trop vite que la malade nous a trompés et qu'elle vient pour son plaisir se faire enfermer dans une salle de folles. Il faut songer que les mouvements peuvent être accomplis de bien des manières et que l'une des façons de se mouvoir peut être perdue tandis que les autres sont conservées.

Le premier caractère de l'aboulie peut se résumer ainsi : c'est la **conservation des actes anciens.**

Je crois qu'il faut reconnaître tout d'abord une vaste catégorie de mouvements et d'actions qui subsistent sans modification malgré l'affaiblissement si général de la volonté. 1° Les mouvements physiologiques, respiration, digestion, etc., n'ont jamais été changés. 2° Les réflexes sont tout à fait normaux, aux genoux, aux yeux, à la bouche : Marcelle tousse, cligne des yeux, etc. 3° Les mouvements qui, par l'exercice, sont devenus instinctifs sont également intacts ; elle remue sur sa chaise, change de position, chasse une mouche du visage, se

gratte, se mouche sans l'ombre d'une hésitation. 4° Les mouvements habituels se font de même, elle fait quelques travaux à l'aiguille et exécute au crochet d'interminables bandes d'une dentelle qui est, il est bon de le remarquer, toujours la même. 5° A ces diverses catégories de mouvements conservés il faut en ajouter d'autres plus étranges. De temps en temps, elle griffonne indéfiniment sur un papier, elle se ronge les ongles ou bien elle se précipite pour exécuter certains actes déraisonnables. Mais alors elle n'hésite plus : elle, qui s'arrête devant une porte pendant une demi-heure sans pouvoir l'ouvrir, l'ouvre rapidement comme avec fureur quand il s'agit d'un de ces actes impulsifs. Ces divers mouvements sont également conservés à plus forte raison chez toutes les autres malades moins gravement atteintes.

Quel est leur caractère commun? On dira sans hésitation que ce sont des actes *automatiques*, mais ce mot a besoin d'être précisé et j'insisterai ici sur un des caractères principaux de l'automatisme psychologique. Tous ces actes conservés sont des actes *anciens* déjà exécutés autrefois, qui ne sont pas voulus aujourd'hui pour la première fois. A mesure qu'un acte prend ce caractère, il devient de plus en plus facile. J'essayais un jour d'exercer Marcelle aux mouvements volontaires : pour y arriver, j'avais étalé sur une table différents petits objets et je la priai de les prendre un à un et de me les remettre. Elle consentait volontiers à cette sorte de jeu et s'appliquait à bien faire. Or, malgré sa bonne volonté, elle réussissait assez bien à prendre certains objets et très mal à en prendre d'autres. Ainsi, il y avait sur la table un crochet qui était à elle et que j'avais pris dans son ouvrage et un petit porte-mine qui était à moi et que j'avais tiré de ma poche. Elle prenait toujours assez bien son crochet avec une ou deux minutes d'hésitation seulement, mais elle mettait dix minutes ou un quart d'heure pour prendre mon crayon. Ce jeu fut recom-

mencé plusieurs fois et je m'aperçus que, peu à peu, elle prenait fort bien mon porte-mine, presque aussi bien que son crochet. Mais il suffisait de remplacer le porte-mine par un autre crayon pour provoquer de nouveau toutes les grandes hésitations de l'aboulie. En un mot elle réussissait à prendre un objet connu et habituel et ne pouvait faire l'action de saisir un objet nouveau qui n'avait pas encore été pris. Ce caractère se retrouve chez tous les malades qui continuent pendant leur période d'aboulie tous les actes anciens, à moins qu'il ne se présente des complications qui rendent ces actes plus difficiles.

Il en est de même pour l'intelligence des idées : les aprosexiques continuent à comprendre les choses qu'ils ont déjà comprises une fois. On sait que Marcelle ou Maria, car l'expérience a été recommencée sur cette dernière et a donné les mêmes résultats, ne peuvent pas arriver à comprendre un paragraphe de journal qu'elles lisent pour la première fois. J'avais fait lire à Marcelle un alinéa de journal annonçant le mariage d'un personnage très connu et décrivant la cérémonie. Après la lecture faite à haute voix, je m'étais efforcé de lui faire comprendre de quoi il s'agissait. Comme elle comprend mieux la parole, surtout la mienne, elle avait fini par saisir. Le lendemain je lui fis lire un autre alinéa, elle n'y comprit rien; puis, sans la prévenir, je lui remis sous les yeux le paragraphe expliqué et compris la veille. Elle le lut tout haut et s'écria toute fière : « Ah! mais c'est le mariage de M. X... et la cérémonie à l'église. Vous voyez comme je comprends maintenant. » J'ai pu répéter cette petite expérience pendant plusieurs jours : un article quelconque n'était jamais compris, fût-il de deux lignes, mais quand elle lisait *son article* elle triomphait, sans se douter elle-même de la véritable raison pour laquelle elle le comprenait si bien[1].

1. Aboulie et idées fixes, *loc. cit.*, 390.

J'ai été heureux de voir que M. Séglas, dans son livre si intéressant sur les troubles du langage, adoptait entièrement cette explication. « Ils ne peuvent comprendre la lecture ni se souvenir des faits récents à moins que la synthèse ne leur ait été une fois donnée[1]. » En un mot, tout ce qui a été acquis reste acquis, et de même qu'une amnésique comme Mme D... se souvient de tout le passé, des abouliques répètent et comprennent leurs actions et leurs idées anciennes.

Le deuxième caractère de l'aboulie sera la **perte des actes nouveaux**.

Les actions perdues sont, par opposition, les actions appelées *volontaires*. Sans analyser entièrement ce terme si difficile, nous connaissons déjà un premier caractère des actes volontaires, ce sont des actes nouveaux. Non seulement Marcelle prend difficilement un objet nouveau, mais elle se trouve impuissante dans tous les actes où se rencontre quelque nouveauté. Elle est totalement incapable de causer avec un inconnu ; il lui a fallu deux mois pour s'habituer à me parler, depuis elle me parle facilement. Je l'emmenai un jour dans un autre cabinet d'observations où elle n'avait pas encore été avec moi. Elle eut sur le seuil une crise d'aboulie interminable ; tandis qu'elle entrait toujours facilement avec moi dans la pièce accoutumée. Ce caractère est encore visible dans la façon dont elle marche. A-t-elle adopté une direction, elle va précipitamment, mais qu'un obstacle surgisse ou mieux qu'on l'appelle et qu'elle soit forcée de changer de direction, elle va rester immobile sans pouvoir se décider à partir. C'est toujours le début de l'acte, la mise en train, qui est pénible. Mais il est nécessaire de bien entendre ce que j'appelle ici le commencement d'un acte. Ce n'est pas le fait matériel de mettre les muscles en mouvement quand ils sont en repos. Ce fait existe aussi bien, qu'il s'agisse de prendre sur la table

1. SÉGLAS. *Les troubles du langage chez les aliénés*, 1892, 28.

mon porte-mine ou qu'il faille prendre un coupe-papier. J'entends la formation de cet ensemble complexe d'idées et d'images par lequel il est nécessaire de se représenter l'acte pour saisir un objet déterminé. Cette synthèse n'est pas exactement la même pour un objet que pour un autre, et c'est la formation de cette synthèse qui est difficile chez Marcelle, tandis que la répétition de cette même synthèse, quand elle a été déjà faite, est facile.

Les actes automatiques sont les actes pour lesquels il suffit de répéter une ancienne synthèse d'images déjà liées ensemble, en un mot, les actes déjà voulus autrefois, car la volonté, nous le comprenons ici par sa suppression, est la formation de ces synthèses nouvelles. Un acte n'est volontaire que par sa nouveauté.

La même remarque s'applique évidemment à l'intelligence des idées, et les faits que nous avons analysés donnent l'explication expérimentale d'une remarque générale souvent faite sur le caractère des abouliques. « Ils ont la plus vive antipathie pour les idées neuves, ils ne veulent rien apprendre de nouveau[1]. » Ici encore, ce n'est pas tant la complexité que la nouveauté de la synthèse qui supprime la perception. Quand cette synthèse a été une fois faite par un procédé quelconque, elle se répète automatiquement. Les éléments n'ont plus besoin d'être liés, ils le sont déjà; il ne s'agit plus d'une synthèse mais d'une association d'idées et les abouliques, comme on le sait, les exécutent fort bien sans hésitation et sans doute.

Ces premières remarques soulèvent quelques difficultés qu'il faut essayer de résoudre. Si on propose à une aboulique d'aller chercher un objet qu'elle n'a jamais pris, elle ne reste pas immobile absolument; elle se lève, étend le bras, etc., parvient à faire, en un mot, une partie des mouvements utiles. C'est que cet acte n'est

1. Raymond et Arnaud, Quelques cas d'aboulie. *Ann. méd. psych.*, 1892, II, 74.

pas absolument et entièrement nouveau. Il se compose d'une collection d'actes anciens qu'elle peut faire facilement.

On peut s'étonner aussi que ces malades non seulement commencent difficilement les actes, mais qu'ils aient également de la peine à les continuer et qu'ils se montrent si peu persévérants. Il y a des cas spéciaux où l'acte peut être continué en restant toujours le même et alors les malades ne le continuent que trop bien. Mais en général un acte ne dure qu'en se modifiant incessamment, en s'adaptant aux circonstances perpétuellement nouvelles. Il faut le plus souvent un effort de création répété pour continuer un acte comme pour le commencer.

Pourquoi donc, dira-t-on encore, dans certains jours de grave maladie, comme Marcelle en a trop souvent, s'arrête-t-elle complètement et perd-elle même les actes les plus habituels? Elle ne sait plus me parler, quoiqu'elle m'ait parlé cent fois. Elle ne sait plus s'habiller, se lever de sa chaise, etc. Je répondrai par une affirmation peut-être paradoxale, à laquelle les psychologues n'ont pas fait une attention suffisante, mais que la clinique des maladies mentales met ici bien en évidence. C'est qu'il n'y a pas d'acte absolument ancien qui ne renferme une petite partie de nouveauté. Se lever aujourd'hui de sa chaise, ce n'est pas tout à fait la même chose que se lever hier : le temps, la température, les circonstances extérieures, l'état du corps et de l'esprit ne sont plus exactement les mêmes. Parler même à une personne très connue, c'est toujours une action nouvelle par quelques points. La personne à qui l'on parle, son costume, sa physionomie, le sujet du discours, tout cela change. On ne se baigne pas deux fois dans les mêmes eaux, disait le vieux sage, l'univers change incessamment et quelle que soit l'identité apparente des circonstances dans lesquelles nous sommes placés il y a toujours un changement, soit en dehors, soit en dedans de nous-mêmes, qui demande une

adaptation nouvelle, un effort nouveau. Puisque l'avenir n'est jamais la répétition exacte du passé, un acte conscient n'est jamais un acte complètement automatique. Il faut toujours s'efforcer, inventer, vouloir un peu même pour répéter l'acte le plus habituel. Et quand la volonté de Marcelle descend à un degré vraiment trop bas, je ne suis pas étonné de lui voir perdre même les actes habituels.

On peut considérer comme le troisième caractère de l'aboulie la **conservation des actes subconscients et la perte de la perception personnelle des actes.**

Quelle que soit la vérité des remarques précédentes, elles ne suffisent pas pour interpréter complètement l'aboulie. Dans plusieurs circonstances, on voit le malade exécuter des actes très facilement et cependant ces actes nous semblent être nouveaux, au moins aussi nouveaux que certains autres précédemment reconnus impossibles. Le meilleur exemple de ces cas embarrassants peut être fourni par des expériences de suggestion. Si je demande à une de ces personnes doucement et avec politesse de faire un acte, de prendre sur la table un coupe-papier, par exemple, elle répond : « Je veux bien » et essaye, mais l'acte ne se fait pas. Si, au contraire, pendant qu'elle cause à une autre personne, je lui suggère tout bas de faire cet acte, elle l'accomplit immédiatement. Je lui dis ainsi de cesser son ouvrage, de le reprendre, de se lever, de marcher, de prendre un objet, etc., elle accomplit tous ces mouvements sans le savoir, mais, remarquons-le, surtout sans hésiter. On sait que Berthe ne peut plus s'endormir volontairement; par une suggestion donnée à propos, on peut lui procurer immédiatement le sommeil le plus calme et le plus prolongé. J'avais autrefois disposé une expérience qui rendait cette opposition très sensible : j'avais suggéré à Marcelle, pendant un état somnambûlique, qu'à un signal donné, un coup sur la table, elle prendrait mon chapeau et le mettrait sur

une patère. Cette suggestion faite et, en apparence oubliée après le réveil, je lui demandais doucement : « Mademoiselle, vous devriez bien enlever ce chapeau qui me gêne pour écrire et le mettre sur une patère. — Je ne demande pas mieux, » dit-elle. Et la voici qui essaye de se lever, se secoue, étend les bras, a des mouvements incoordonnés, se rassied, recommence. Je l'ai laissée travailler ainsi vingt minutes sans qu'elle ait pu accomplir cet acte si simple. Puis j'ai frappé un coup sur la table. Aussitôt, elle se lève brusquement, prend le chapeau, l'accroche et revient s'asseoir. L'acte avait été fait par suggestion en un instant, il n'avait pu être fait par la volonté en vingt minutes.

Comment expliquer cette différence? Les deux actes, malgré l'apparence, ne doivent pas être absolument semblables au point de vue psychologique. D'abord, l'acte volontaire est évidemment beaucoup plus complexe. Quand Marcelle veut prendre le chapeau volontairement, elle sait que c'est un chapeau, qu'il est à moi, qu'elle le prend pour me rendre service, dans telle ou telle circonstance, etc. Si elle prend le même objet par suggestion, l'acte est fait brusquement et sans réflexion, elle ne sait même pas ce qu'elle a dans la main quand je l'arrête au passage, elle ne sait pourquoi elle prend cet objet. En un mot, la synthèse de toutes les circonstances extérieures variables qui constituaient, comme on la vu, le côté nouveau de l'action, n'existe que dans l'acte accompli volontairement; cette synthèse n'existe pas ou existe beaucoup moins dans l'acte suggéré qui devient plus simple, plus identique aux actions anciennes du même genre et, par conséquent, plus facile.

Mais il y a une remarque bien plus importante à faire et qu'il est maintenant facile de comprendre, grâce aux études qui ont été faites sur l'anesthésie et sur l'amnésie hystérique. Arrêtons Marcelle au milieu de l'exécution d'un acte suggéré et demandons-lui ce qu'elle est en train de faire, elle répond d'un air ahuri :

« Moi, je n'ai rien fait. — Mais vous venez de prendre ce chapeau. — Non, ce n'est pas moi. » Et elle répète toujours cette formule quand on l'interroge sur un acte de ce genre. En réalité, l'action suggérée qui s'exécute si bien est, chez toutes ces malades, une action subconsciente, isolée, non rattachée à la personnalité du sujet.

Je crois que l'observation des malades va nous permettre de généraliser cette remarque. On verra que ce qui disparaît chez les abouliques, c'est la possibilité d'agir avec conscience, de rattacher leurs actes à leur personnalité présente. Un jeune homme, étudiant en médecine, dont j'ai raconté quelques distractions, dînait un jour chez un de ses chefs, éminent chirurgien; pendant tout le repas il parle beaucoup de choses et d'autres, et, à la fin seulement, il s'aperçoit que son hôte le regardait constamment d'une manière singulière et avec un demi-sourire : « Je me demandais, raconte-t-il, ce que M. X... avait à me regarder ainsi. Je cherchais à m'examiner; rien dans ma personne ne me parut déplacé; je songeais à ma conversation, tout ce que je disais était raisonnable. Comme M. X... souriait toujours, je me suis décidé *à écouter ma dernière phrase*... Depuis une heure je le tutoyais. » Cette façon de parler sans s'écouter soi-même, d'agir sans se sentir agir, sans en avoir la conscience personnelle était accidentelle chez ce jeune homme : elle est constante chez quelques malades.

Maria travaille beaucoup et régulièrement pour gagner quelques sous, cela est surprenant pour une hystérique; dès qu'on l'examine, on constate qu'elle ne sait jamais ce qu'elle fait. Son esprit est ailleurs ou nulle part, mais ses mains cousent sans qu'elle en ait conscience. Le fait est surtout remarquable chez Berthe, qui est assez intelligente pour avoir constaté elle-même la façon bizarre dont elle travaille et pour s'en plaindre. « C'est incompréhensible ce qui se passe, me racontait-elle dès son entrée à l'hôpital; depuis quelque temps je travaille drôlement, ce n'est plus moi qui travaille,

ce sont mes mains. Elles n'exécutent pas trop mal, mais sans que j'y sois pour rien. Quand c'est fini, je ne reconnais pas du tout mon ouvrage, je constate que c'est bien, mais je me sens tout à fait incapable d'avoir fait cela... Si on me disait : Ce n'est pas toi qui l'as fait, je répondrai : C'est vrai, ce n'est pas moi... Quand je veux chanter, impossible, et, d'autres fois, j'écoute ma bouche qui chante très bien cette chanson... Ce n'est certainement pas moi qui marche, je suis comme un ballon qui rebondit tout seul... Quand je veux écrire, je ne trouve rien du tout à dire, ma tête est vide, il faut que je laisse ma main écrire ce qu'elle voudra et alors elle remplit quatre pages, tant pis si c'est absurde... Quand je compte, j'écris le résultat, mais je sais bien que je ne l'ai pas trouvé... Je ne comprends plus rien à mes idées, elles tombent toutes seules; on dirait qu'elles sont écrites sur un grand rouleau qui se déroule devant moi... Je ne suis plus rien qu'un polichinelle dont quelqu'un tient la ficelle, *tout s'éloigne de moi*, je ne suis plus là que pour représenter. »

Ce qu'il y a de plus curieux, c'est qu'elle fait ainsi de fort jolies choses; qu'elle confectionne un costume ou qu'elle écrive une lettre, elle déploie quelquefois un réel talent, mais tout cela est exécuté de cette façon bizarre. Elle semble fixée sur son travail, mais elle ne paraît pas en avoir conscience; quand elle relève la tête, elle est ahurie comme si elle sortait d'un songe et ne se souvient pas de ce qu'elle vient de faire. Sa manière d'agir rappelle un peu celle que l'on prête aux hommes de génie qui obéissent à l'inspiration sans avoir conscience d'effectuer eux-même leur œuvre. Moreau de Tours n'aurait pas repoussé cette comparaison de l'homme de génie et de l'hystérique. Pour prendre une comparaison plus humble, elle agit comme nous faisons de temps en temps quand nous laissons notre main écrire toute seule l'orthographe d'un mot que

nous ne retrouvons plus. Mais ce qui, chez nous, est accidentel, est perpétuel chez elle; quoiqu'elle ait encore de l'activité, elle n'a plus la conscience personnelle de cette activité et, par conséquent, elle n'agit plus volontairement[1].

M. Séglas a rapporté au congrès des aliénistes de Blois[2] un exemple du même genre, un jeune homme de 19 ans, hystérique, présentait le même état d'activité automatique pendant les quelques jours qui précédaient l'attaque : « Il me semble, écrit alors le malade, qu'il y a alors en moi deux personnes, l'une qui agit, marche, parle, mais comme si c'était une autre; l'autre personne qui regarde agir et faire... » C'est un malade chez qui l'aboulie augmente avant l'attaque, comme on l'a vu chez Marguerite, mais c'est toujours le même état que l'on peut appeler diminution de la perception personnelle des actes avec conservation de l'activité automatique.

Cette façon d'agir, quand elle est possible, diminue les effets de l'aboulie, puisque, en réalité, les actes sont toujours exécutés d'une manière suffisante. D'autres malades, au contraire, ne veulent pas ou ne peuvent pas s'abandonner à cette activité automatique; ils cherchent à faire les actes consciemment et volontairement, alors ils ne font plus rien. Ils empêchent même, en essayant de les faire volontairement, des actes qui s'exécuteraient très bien automatiquement. « Les mouvements familiers, ceux que la répétition avait rendus automatiques, sont atteints à leur tour; ils redeviennent conscients et volontaires, ils perdent avec le bénéfice de l'habitude leur caractère acquis de facilité et de rapidité[3]. » Le même trouble de la perception person-

1. Conférence sur la suggestibilité des hystériques. *Archives de neurol.*, nov. 1892.
2. Congrès des aliénistes, Troisième session (Blois). *Archives de neurologie*, 1892, II, 321.
3. Raymond et Arnaud, *op. cit.*, 27.

nelle des actes se manifeste extérieurement suivant les cas par une impuissance plus ou moins grande.

Comment rattacher ce nouveau symptôme de l'aboulie avec tous ses caractères, aux stigmates précédemment décrits? Une petite observation de détail va peut-être nous fournir la transition nécessaire. Une hystérique, au bal de la Salpêtrière, me disait : « Je ne puis pas voir les costumes, je n'en ai pas encore vu un seul. — Eh pourquoi donc? — Parce qu'on me fait danser; dès que je veux regarder, je cesse de danser, et dès que je veux danser je ne peux plus regarder. Quand je veux danser, je ne vois plus rien du tout, je n'ai plus qu'une seule idée en tête, danser. » D'ailleurs, j'avais déjà vu chez elle le même caractère, j'avais été obligé de lui interdire de causer en déjeunant, parce qu'elle ne pouvait plus manger. Quand elle veut manger, il faut qu'elle ne pense absolument qu'à cela et à rien d'autre.

Il y a donc un rétrécissement de l'esprit pour les actes, comme pour les sensations et les images, la diminution de la puissance de synthèse intervient pour modifier les actions comme pour transformer la sensibilité et la mémoire. Les actes nouveaux, adaptés à des circonstances variables et complexes, exigent une synthèse plus délicate et plus actuelle, ils sont les premiers atteints. Les actes anciens qui sont dus à d'anciennes synthèses et qui se répètent aujourd'hui presque sans modification ne sont presque pas altérés. Mais, qu'il s'agisse des uns ou des autres, l'altération porte surtout sur un phénomène qui est toujours nécessairement une synthèse actuelle, puisqu'il doit se former de nouveau à chaque moment de la vie, c'est la *perception personnelle des actes*, l'assimilation des actions nouvelles à la grande notion de la personnalité ancienne. Cette lésion est la lésion fondamentale de l'esprit des hystériques, elle est caractéristique de cette maladie; si nous constations chez une malade une

aboulie de ce genre avec les trois caractères précédents, et surtout avec la désagrégation de la conscience, même si cette personne ne présentait aucun autre stigmate, nous dirions cependant qu'elle est une hystérique. Il y a, en effet, des hystéries monosymptomatiques dans le domaine moral comme dans le domaine physique; de même que M. Charcot n'a pas hésité à considérer comme hystérique l'amnésie de Mme D..., nous donnerions le nom d'aboulie hystérique à une maladie de la volonté qui présente des caractères tout à fait analogues.

§ 3. — CONSÉQUENCES DE L'ABOULIE

Les conséquences de l'aboulie seraient innombrables si on voulait les examiner toutes en détail. Je pense, en effet, que la plupart des accidents hystériques dépendent de la suggestibilité pathologique de ces malades et que la suggestibilité est en grande partie un résultat de l'aboulie. Mais ces phénomènes seront étudiés séparément[1] et il suffit d'indiquer ici quelques conséquences générales qui ne peuvent pas être considérées comme des accidents et qui font partie de l'état mental ordinaire des hystériques.

Cette faiblesse de la volonté et de l'attention se manifeste en effet par un second caractère qui semble l'inverse du précédent et qui en est cependant une conséquence très logique. De même que les hystériques sont incapables de commencer une action, une croyance, ou une perception, de même elles sont incapables de les arrêter quand elles ont une fois commencé. Arrêter une action c'est changer notre état général, c'est nous adapter d'une autre manière aux circonstances nouvelles. Ces malades, qui ne comprennent aucun chan-

1. Dans le second volume de cet ouvrage qui traitera spécialement des « accidents mentaux » de l'hystérie.

gement, comprennent encore moins celui-là, car il faut créer une pensée nette et puissante pour arrêter le développement automatique d'une pensée ancienne devenue de plus en plus forte par la répétition.

Ainsi que M. Charcot le répétait bien souvent, la plupart des accidents hystériques sont au début presque volontaires. On commence à rêver, c'est qu'on le veut bien; on pourrait s'arrêter, mais c'est si agréable. On commence à manger peu, c'est pour maigrir, pour avoir la taille fine et ne pas ressembler à maman; on commence une contrariété, une petite colère, c'est qu'on était justement provoquée. Tout cela, et les malades l'avoueront, on aurait pu le cesser au début. Mais l'action continue d'une façon de plus en plus automatique et la malade ne peut plus s'arrêter elle-même, c'est un délire, c'est une anorexie, c'est une attaque : « Quand j'ai commencé quelque chose, disait une malade, il faut que je continue malgré tout, je casserais les carreaux pour sortir, je me tuerais plutôt que de m'arrêter... Mon idée me pousse et me chasse sans que je puisse résister. » « Je tombe dans une idée comme dans un précipice, me disait Berthe, et la pente est bien dure pour remonter. »

Cette impuissance à s'arrêter se constate dans les observations journalières. On connaît ces malades qui viennent tous les matins, montrer un bras ou une jambe contracturés en disant : « Défaites-moi cela. » Il n'y a presque rien à faire, mais ce rien elles ne sauront jamais le faire toutes seules. Elles viennent souvent, quand elles ont confiance en vous, demander un secours moral du même genre. Marguerite vient me trouver un matin et me dit : « Oh ! je suis en colère depuis ce matin, je voudrais battre et casser. Il vaudrait mieux que je m'arrête, mais je ne peux pas. Défaites-moi cela. » Une autre me dit : « Je suis fâchée contre mon amie, je boude depuis hier, c'est bien ennuyeux de bouder, je voudrais bien cesser, mais je ne peux pas, défaites-

moi cela. » Alors il faut défaire la colère de l'une, la bouderie de l'autre et le rêve de la troisième, c'est-à-dire qu'il faut aider leur volonté absolument défaillante pour s'arrêter comme pour commencer.

Les malades, comme on le voit, font sans cesse appel à l'aide d'autrui et c'est encore là un trait essentiel de l'état mental des abouliques. Tous ceux qui se sont occupés des hystériques ont bien vite remarqué une manière d'être qui est bien caractéristique quoiqu'elle se rencontre à un moindre degré dans d'autres maladies mentales : c'est l'attachement extraordinaire de ces malades pour leur médecin. Celui qui s'occupe d'elles n'est plus à leurs yeux un homme ordinaire; il prend une situation prépondérante auprès de laquelle rien ne peut entrer en balance. Pour lui, elles sont résolues à tout faire, car elles semblent avoir pris une fois pour toutes la résolution de lui obéir aveuglément; elles pensent à lui continuellement et elles règlent toute leur conduite d'après cette pensée. Mais, en revanche, elles se montrent extrêmement exigeantes; elles veulent que leur médecin soit tout à elles, ne s'occupe d'aucune autre personne, vienne les voir à chaque instant, demeure longtemps avec elles et prenne à cœur leurs moindres préoccupations.

Cet attachement qui se développe à peu près toujours dès qu'on s'occupe d'elles prend des proportions extraordinaires quand on emploie dans leur traitement les procédés du somnambulisme et de la suggestion. Aussi les anciens magnétiseurs qui avaient souvent, quoique à leur insu, affaire à des hystériques, avaient-ils fort bien remarqué ce phénomène et le décrivent-ils à plusieurs reprises; peut-être serait-il juste, en souvenir de la période héroïque du magnétisme, d'appeler cet attachement du sujet la passion somnambulique ou la passion magnétique. Je compte consacrer prochainement une étude détaillée à la passion magnétique qui est très curieuse pour les moralistes. Je dois me contenter

ici d'indiquer ses caractères essentiels, importants à connaître pour le médecin.

Ce serait le fait d'un observateur bien superficiel et bien grossier que de donner à cette passion une origine vulgaire et de la rattacher à un besoin érotique. Sans doute les hystériques peuvent avoir des sentiments de ce genre comme tout le monde et même elles peuvent donner à cette passion spéciale dont nous parlons une expression banale et une couleur de sentiments amoureux. Cela est bien naturel, car il n'y a pas beaucoup de manières d'exprimer un attachement pour une autre personne, surtout quand elle est d'un sexe différent. Mais c'est là une expression de cette passion parmi beaucoup d'autres. Certains sujets transforment leur attachement en sentiment filial, en sentiment de respect, de terreur superstitieuse ou même en sentiment maternel. Une somnambule, âgée il est vrai, ne voulait-elle pas absolument me considérer comme son fils? Faudra-t-il dire que la passion magnétique se confond avec tous ces sentiments divers?

En réalité, elle peut exister sans être accompagnée ni de l'un, ni de l'autre. Un homme hystérique de 30 ans, que j'avais débarrassé d'un tic très gênant, ne voulait plus me quitter et revenait me voir sous le plus léger prétexte, sans avoir pour moi aucune espèce d'affection et sans comprendre lui-même pourquoi il tenait tant à me revoir. J'ai vu des hystériques avoir simultanément une passion érotique véritable pour un individu et une passion magnétique pour un autre, et se préoccuper également sans confusion de leur rendez-vous avec le premier et de leurs séances avec le second. Enfin, sans entrer ici dans les détails, j'ai connu une somnambule qui, pour un prétexte futile, m'a toujours eu en horreur et qui n'avait même pas pour moi le sentiment le plus banal de sympathie. Elle ne pouvait cependant pas se passer de moi et à chaque instant était obligée malgré elle de venir me chercher. Il faut donc éviter les interpréta-

tions trop rapides et puériles et reconnaître qu'il y a là un sentiment pathologique des plus curieux.

Pour le comprendre sommairement il faut considérer l'état d'une hystérique quand elle vient trouver celui qui s'occupe d'elle, qui la *dirige*, et son état quand elle le quitte. Marguerite revient de fort loin à la Salpêtrière, car elle ne peut plus vivre ainsi, elle est complètement affolée. Elle ne comprend plus ce qu'elle voit ni ce qu'elle entend, elle doute de tout, se pose à propos de quelques petits incidents de sa vie une foule de questions qu'elle ne parvient pas à résoudre; elle n'a plus aucune occupation, car elle ne se décide plus à rien. Justine est préoccupée par des idées fixes qui montent, qui l'obsèdent et l'empêchent de penser à la vie réelle; elle a des colères impulsives dont elle redoute les conséquences, elle abandonne complètement son ménage et son mari. Maria pense « dans l'éther » comme elle dit, elle peut difficilement marcher, car ses jambes se paralysent, elle va tous les jours à la Morgue pour voir « les gens qui ont eu du courage... etc. ». Ces malades vont trouver un directeur quelconque et elles sortent calmées et rassérénées. Les questions sont tranchées, les résolutions sont prises, les idées fixes disparues.

Que s'est-il donc passé? Qu'on les hypnotise ou non, cela dépend des cas et des sujets, on a tout simplement effectué pour elles les actes volontaires qu'elles ne faisaient pas. La plupart des petits problèmes de la vie journalière peuvent se trancher par un mot, un « oui » ou un « non » qu'il faut savoir prononcer. Sans doute, on peut se tromper, mais une résolution mauvaise vaut encore mieux que l'absence complète de résolutions. Ces malades le sentent bien et elles vous supplient tout simplement de dire « oui » ou « non » à leur place. Dès ce moment elles sont tranquilles, car elles croient que tout est fini, que la vie va rester immuable et qu'il n'y aura plus de nouveaux problèmes à résoudre. C'est leur aboulie qui a créé le besoin si impérieux d'un di-

recteur de conscience[1]. La passion magnétique des hystériques n'est qu'une forme de ce besoin général d'une affirmation étrangère qui tourmente les douteurs et tout ceux dont la synthèse mentale est affaiblie. Sans doute il y a encore dans ce besoin d'autres phénomènes plus complexes dans l'étude desquels je ne puis entrer ici, car je me suis interdit de parler de thérapeutique. Mais on peut les faire comprendre par une comparaison : l'hystérique ne souffre pas seulement de son aboulie, mais encore de l'envahissement de tous les phénomènes automatiques qu'elle est incapable d'arrêter. On pourrait la comparer à un roi trop faible dont la plupart des sujets sont en révolte continuelle ; il est trop heureux de rencontrer une personne capable de commander aux révoltés et il s'attache désespérément à elle. Les abouliques sentent qu'elles ne sont plus maîtresses d'elles-mêmes et elles demandent à être commandées : ce sont des esclaves volontaires.

Cette domination peut être favorable au malade et lui permettre de se reconquérir peu à peu ; elle peut être fort dangereuse et détruire ses derniers efforts. Il faut pour l'étude et le traitement des hystériques ne jamais oublier que cette docilité, ce besoin de domination sont des caractères pathologiques en rapport avec leur aboulie fondamentale.

Ces quelques détails viennent simplement compléter notre description sommaire de la faiblesse de la volonté chez les hystériques. Résolution rare et pénible, mouvements volontaires lents et difficiles, attention réduite, impuissante et suivie même d'accidents dangereux, doute et inintelligence pour les idées nouvelles et en même temps impulsions irrésistibles, continuation monotone d'une même action habituelle, besoin de com-

1. Le gén. Noizet proposait déjà d'appeler le magnétiseur un « directeur » *Mémoires sur le somnambulisme*, 1854, 96.

mandement et de direction et docilité exagérée, ce sont des caractères en apparence variés qui dépendent tous d'une même lésion de l'esprit. « L'affaiblissement ou la disparition du pouvoir personnel, disait M. Paulhan, est toujours marqué par l'impossibilité d'une coordination totale, d'une systématisation qui fasse concourir vers un même but l'état nouveau et une partie suffisante des tendances qui constituent la personnalité[1]. » Nous croyons avoir montré dans ce chapitre que les phénomènes de l'aboulie se rattachent à l'explication générale des autres stigmates hystériques.

1. Paulhan, *L'activité mentale et les éléments de l'esprit*, 1889, 178.

CHAPITRE IV

LES TROUBLES DU MOUVEMENT

Les troubles du mouvement des membres sont toujours très nombreux et très complexes dans toute maladie mentale; le mouvement n'étant en quelque sorte que la traduction extérieure, l'expression de la pensée, se ressent de toutes ses modifications. Nous n'étudierons dans ce chapitre que les altérations les plus simples de la motilité, celles qui peuvent être considérées comme des conséquences directes des stigmates mentaux des hystériques. Ces altérations élémentaires existent presque constamment et, sauf dans les cas extrêmes, elle ne gênent pas beaucoup l'exercice des fonctions normales et ne constituent que rarement des accidents proprement dits.

§ 1. — AFFAIBLISSEMENT DU MOUVEMENT VOLONTAIRE

Certaines catégories de mouvements restent chez les hystériques à peu près normales : les réflexes, par exemple, sauf ceux qui dépendent de la douleur dans les cas d'analgésie complète, sont peu ou point altérés. Quelques auteurs, en particulier M. Paul Richer[1], remarquent qu'ils sont plutôt exagérés que diminués. Cela est vrai dans un grand nombre de cas, mais il n'y

1. Paul Richer, *Paralysies et contractures hystériques*, 1892, 25.

a là aucune régularité. Il est difficile, par exemple, d'examiner le réflexe rotulien chez Camille et surtout chez Renée : tantôt, après le choc du marteau, elles lancent leur jambe en l'air et même sautent de leur chaise, tantôt elles laissent leur jambe à peu près immobile. Il y a chez quelques malades comme un affolement des réflexes qui ont perdu leur régularité et qui changent incessamment suivant mille phénomènes conscients ou subconscients, difficiles à apprécier. On sait également que les mouvements habituels et automatiques sont, en général, conservés et plutôt exagérés.Les altérations importantes du mouvement doivent donc être cherchées uniquement dans les mouvements volontaires.

Ces mouvements présentent d'abord des troubles généraux existant aussi bien du côté sensible que du côté insensible et qui sont simplement exagérés par l'anesthésie; nous les étudierons les premiers.

1° Les mouvements volontaires sont *ralentis* et l'exécution du mouvement demandé est plus longue que d'ordinaire. Il est inutile de donner des chiffres, quand il s'agit de mouvements complexes, puisque ce ralentissement peut aller de quelques secondes à une demi-heure, comme nous l'avons constaté dans le cas de Marcelle. Cette lenteur s'observe mieux dans un mouvement particulier, le mouvement de réaction à une impression tactile. Même quand ils prétendent y mettre de la bonne volonté, beaucoup d'hystériques ont un temps de réaction extrêmement long.

M. Féré a mis bien souvent ce fait en évidence, et a montré que les différentes parties de ces temps de réaction, la transmission centripète et centrifuge, étaient également retardées. « Cette durée du temps de réaction semble avoir une augmentation proportionnelle à la diminution de la sensibilité générale ou spéciale[1]. » Une

1. Féré, Les mouvements volontaires chez les hystériques. *Revue philosophique*, 1889, II, 38.

ancienne expérience de Duchenne mettait déjà en évidence ce retard des mouvements qui caractérise le côté le moins sensible ; si on demande à une hystérique de faire en même temps avec les deux mains un même mouvement, on voit que la main insensible est toujours en retard et, malgré les efforts du sujet, accomplit toujours dans le même temps un moins grand nombre de mouvements que la main sensible. Mais les mesures directes de M. Féré, puis de M. Binet, ont montré ce retard d'une façon plus précise. Selon M. Binet, la moyenne du temps de réaction simple serait, pour la main sensible, de 0,227, et pour la main moins sensible, 0,709 [1]. Bien entendu, on ne peut pas examiner le temps de réaction consciente et volontaire du côté absolument anesthésique, il ne s'agit que des diminutions de la sensibilité. Dans ces cas d'hypoesthésie qui est due, comme on le sait, à une grande distraction, je crois que le temps de réaction peut être encore beaucoup plus long, surtout si on n'excite pas vivement l'attention du sujet. J'ai vu plusieurs fois ce retard dépasser une et même deux secondes, tandis que le temps de la réaction simple se maintient d'ordinaire entre $\frac{1}{8}$ et $\frac{1}{5}$ de seconde [2]. Une fois même, j'ai pu observer avec M. Sollier, sur un homme hystérique du service de M. Landouzy, un temps de réaction qui paraîtra tout à fait incroyable : il oscillait entre 20 et 30 secondes. La réaction était si tardive qu'elle ne semblait plus en rapport avec l'excitation et rappelait les perceptions fausses des ataxiques. Bien entendu, ce temps de réaction varie beaucoup, comme le fait souvent observer M. Féré, car il est en relation étroite avec l'attention du sujet et l'on sait combien l'attention est faible et instable chez l'hystérique, surtout faible pour tout ce qui concerne le côté anesthésique. Enfin, cette

1. Binet, Mouvements volontaires chez les hystériques. *Revue philosophique*, 1889, II, 482.
2. Wundt, *Psych. physiol.*, 1886, II, 251.

lenteur de la réaction amène une modification de la courbe de la contraction qui cesse d'être brusque, mais devient graduelle; elle prend chez l'hystérique le même aspect qui se produit chez l'homme normal sous l'influence de la fatigue.

J'ai présenté tous ces caractères comme des phénomènes psychologiques en rapport avec la faiblesse de l'attention, la réduction de la perception personnelle. C'est qu'en effet on peut, sur des membres hypoesthésiques, ou même tout à fait anesthésiques, provoquer, à la suite d'une excitation tactile, des mouvements subconscients non perçus par le sujet; cette expérience nous permettra de mesurer, non plus le temps de la réaction consciente et volontaire, mais le temps de la réaction subconsciente et automatique. M. Onanoff, dont nous déplorons la mort prématurée, a fait le premier toute une série d'expériences sur ce problème et a démontré que si le temps de la réaction consciente était ralenti, il n'en était pas nécessairement de même pour le temps de la réaction subconsciente qui peut, au contraire, être très diminué [1]. Ce fait montre bien que le retard n'est pas dû à quelque modification des appareils nerveux élémentaires, mais à cette modification des centres supérieurs qui diminue l'attention consciente.

2° Les mouvements volontaires sont *indécis* et mal dirigés. Il suffit de demander à la malade de toucher un petit objet, d'enfiler une aiguille avec attention, pour constater ce manque de précision. Mais ce caractère devient curieux et important quand on opère sur des membres atteints d'anesthésie, et quand on prie le sujet de détourner la tête et d'agir sans regarder. L'anesthésie tactile seule n'altère que peu le mouvement et n'augmente pas beaucoup l'indécision générale, l'anesthésie musculaire profonde est beaucoup plus importante.

1. Onanoff, *Arch. neurol.* 1890, 372.

Duchenne [1] avait déjà remarqué que certains sujets continuent à se remuer assez bien, sans avoir la sensation appelée par Gerdy « sensation d'activité musculaire », ou par Ch. Bell « le sens musculaire ». M. Charcot [2] insistait souvent sur ce fait et montrait des sujets incapables de dire quels étaient les mouvements passifs imprimés à leur bras, et capables cependant de le mouvoir sans le regarder. Si j'en crois mes observations, les sujets de ce genre n'ont pas tous une anesthésie kinesthésique bien complète; ils ont perdu la sensation du mouvement à la main et au bras, mais ils l'ont conservée à l'épaule, et ils remuent leurs bras comme une sorte de bâton dont ils sentent vaguement les déplacements. Quelques-uns cependant, comme le dit M. Charcot, ne sentent rien, même dans l'épaule. Chez ceux-ci plus encore que chez les précédents, le mouvement est tout à fait désordonné et justifie le mot de Duchenne, « l'ataxie des hystériques ». Les prie-t-on de toucher leur oreille, ils jettent leur bras au hasard, frappent leur cou ou leurs cheveux; ils tiennent mal les objets qu'on leur donne, ou bien les serrent à les briser [3].

La nature de cette indécision est très clairement expliquée par une expérience souvent répétée. « Si on disait à la malade de porter la main à son oreille, elle exécutait immédiatement le mouvement; mais lorsque ma main était interposée entre la sienne et son oreille, elle n'en avait pas conscience. Si j'arrêtais son bras au milieu du mouvement, elle ne s'en apercevait pas. Si je fixais sans qu'elle pût le voir son bras sur le lit et lui disais de porter la main à sa tête, il y avait un moment d'effort, puis elle restait tranquille, croyant avoir exécuté le mouvement [4]. » On voit que les phénomènes

1. Duchenne (de Boulogne). *Électrisation localisée*, 413.
2. Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, III. Appendice.
3. Briquet, *op. cit.*, 298.
4. Thèse de Deneaux.

quels qu'ils soient, qui précèdent l'acte, la volonté et la représentation mentale du mouvement à accomplir, sont intacts, mais que la sensation du mouvement accompli qui guide le sujet et lui apprend l'exécution du mouvement n'existe plus dans la conscience normale. En d'autres termes, le malade semble avoir conservé la faculté de se représenter les images kinesthésiques qui provoquent les mouvements, mais a perdu cette sensation musculaire « en retour » qui nous apprend comment nos mouvements sont exécutés et nous prévient quand une résistance les arrête.

Cette indécision est une conséquence de l'anesthésie hystérique. On peut retrouver, en effet, dans ce phénomène tous les caractères de l'anesthésie. Si Maria, ou Isabelle, porte sa main à son oreille consciemment et volontairement, elle va au hasard et frappe ses cheveux. Mais si, par les procédés déjà souvent décrits, je provoque ce même acte d'une manière subconsciente, le bras qui se lève à son insu va toucher directement l'oreille. L'indécision et « l'ataxie » du mouvement n'existe donc que dans l'acte personnel et conscient, de même que l'anesthésie ne se manifestait que dans la perception personnelle.

3° Les mouvements volontaires sont *simplifiés*. Je veux dire par là que l'hystérique n'est plus capable d'exécuter des actes complexes, des actes qui nécessitent *simultanément* plusieurs mouvements *différents :* elle ne sait plus faire consciemment qu'un seul mouvement à la fois. Cette remarque faisait autrefois le fond de mon travail sur l'automatisme psychologique, elle a été reprise depuis par plusieurs auteurs. « Lorsqu'on invite ces malades, disait M. Binet, à faire simultanément plusieurs mouvements, tout l'effort de leur attention se porte sur un seul mouvement;... les sujets eux-mêmes font l'observation qu'il leur est fort difficile de penser à la fois à leurs deux mains quand ils serrent des deux cô-

tés[1].» Dans un travail plus récent, M. A. Pick, de Prague, a précisé cette remarque générale par une quantité d'observations de détail[2]. Il examine les mouvements d'une hystérique dont le champ visuel est très rétréci et qui est anesthésique à droite; pour les étudier, il prie son sujet de remuer les doigts de la main droite comme s'il jouait du piano. Ces mouvements sont bien exécutés si on permet au sujet de regarder sa main droite pendant qu'elle remue : c'est une condition dont l'importance sera étudiée dans le paragraphe suivant. A ce moment, il suffit de demander au sujet un autre mouvement, si petit qu'il soit, pour troubler ou arrêter complètement le mouvement des doigts de la main droite. Il suffit de faire lever le bras gauche[3], étendre une jambe, ouvrir la bouche, prononcer quelques paroles, fermer un œil, etc.; immédiatement les mouvements de la main droite sont altérés ou supprimés. Détail intéressant et que nos études précédentes nous permettent de comprendre; les sensations provoquées dans l'esprit du sujet ont exactement le même résultat. Il suffit de piquer le sujet sur le côté gauche sensible, de lui faire respirer une odeur, de lui mettre un objet ou une lunette de couleur devant un œil, pour que ces impressions accaparent une partie considérable de l'attention disponible et rendent impossibles les mouvements de la main droite. Ce fait n'est pas dû à l'anesthésie de la main, car les choses se passent absolument de même pour les mouvements de la main gauche sensible; ceux-ci sont également très altérés ou supprimés par tout autre mouvement ou toute sensation simultanée.

M. Pick résume ses expériences en disant : « A côté

1. Binet. Les mouvements volontaires des hystériques, *Revue philos.*, 1889. II. 470.
2. A. Pick. Uber die sogenannte « conscience musculaire ». (Duchenne). *Zeitschrift für psych. und physiol. der sinnesorgane, harausgegeben von H. Ebbinghaus und A. Konig.* IV, 1892.
3. Pick, *op. cit.*, 181.

du rétrécissement du champ de la conscience, on doit admettre un *rétrécissement de l'impulsion motrice,* et c'est pour cette raison que les impulsions motrices simultanées ne peuvent réussir à se développer[1]. » Je crois que ces deux phénomènes sont absolument identiques : ce que M. Pick appelle un rétrécissement de l'impulsion motrice n'est, en somme, qu'une réduction du nombre des images kinesthésiques ou autres que le sujet peut réunir simultanément dans une même perception personnelle, qu'il peut, à un moment donné, assimiler à sa personnalité. Des faits de ce genre ont été longuement étudiés à propos de l'amnésie et de l'aboulie. Mais je suis heureux que M. Pick ait vérifié d'une manière aussi complète et aussi intéressante l'hypothèse générale du rétrécissement du champ de la conscience chez l'hystérique.

4° Les mouvements volontaires sont *affaiblis*. Le fait avait été déjà remarqué par Briquet qui l'avait ingénieusement comparé à l'engourdissement que produisent les émotions vives[2]. Cette interprétation ne nous paraît exacte qu'en un point, c'est qu'il s'agit là d'un phénomène moral. M. Burcq, M. Charcot, puis M. Paul Richer ont décrit le fait avec une grande précision sous le nom d'*amyosthénie*[3]. On est surpris de voir une personne d'apparence robuste, dont les muscles sont volumineux, vous serrer la main, quand on l'en prie, avec si peu de force, ou résister aussi peu aux mouvements communiqués. Si, pour plus de précision, on emploie un dynamomètre que l'on fait serrer au sujet, on obtient des chiffres extrêmement faibles. Cette diminution porte sur l'une et l'autre main, mais elle est plus forte du côté anesthésique. Voici quelques exemples frappants : Marguerite, anesthésique à droite, obtient 8 à droite et 25 à gauche. Berthe, anesthésique à

1. Pick, *op. cit.*, 182.
2. Briquet, *op. cit.*, 442.
3. Paul Richer, *op. cit.*, 23.

gauche nous donne 25 à droite et 10 à gauche. Camille, anesthésique à gauche, 18 à droite et 3 à gauche. Célestine, anesthésique des deux côtés marque 9 à droite et 5 à gauche. Ces chiffres expriment les moyennes de nombreuses mesures prises pendant que les malades ont les yeux ouverts et peuvent regarder leur main pendant qu'elles serrent.

Quoique ce phénomène paraisse localisé, il n'en est pas moins la manifestation d'un état général de l'être tout entier[1], et il se rattache évidemment à tous les faits psychologiques déjà décrits. Quelques remarques vont nous le prouver. Il est certain que les phénomènes moraux influent énormément sur cette faiblesse musculaire. L'amyosthénie augmente, par exemple, si on diminue l'attention du sujet, si on ne lui permet pas de regarder la main qui serre[2]. Marguerite, les yeux fermés, n'a plus que 0 à droite et 10 à gauche; Berthe n'a plus que 15 à droite et 6 à gauche; Camille, 9 à droite et 0 à gauche; Célestine, 0 à droite et 0 à gauche. La faiblesse va disparaître, au contraire, si on excite vivement l'attention par tous les moyens, en faisant regarder les malades, en leur montrant le mouvement et leur faisant remuer la main plusieurs fois avant qu'elle ne serre, etc.

J'ajouterai seulement une remarque générale pour montrer l'analogie de ce fait avec ceux qui ont été étudiés dans les chapitres précédents. Ces chiffres, marqués par le dynamomètre, me paraissent tout à fait étonnants et je trouve que la plupart des auteurs les acceptent sans manifester une surprise suffisante. Si nous donnons le dynamomètre à serrer à des hémiplégiques, à des amyotrophiques, nous obtenons aussi ces chiffres de 5 à 10. Ici, ils ne nous étonnent pas, car nous savons bien que nous avons affaire à des

1. Gilles de la Tourette, *op. cit.*, 456.
2. Binet, *Mouvements volontaires chez les hystériques*, 1889, II.

infirmes et leur faiblesse éclate dans toutes leurs actions. Mais nos hystériques qui marquent 5 et 10 ne sont pas, comme eux, des infirmes; elles cousent, elles travaillent, portent des paquets sans aucune gêne apparente. Un exemple expliquera ma pensée : Célestine est une robuste fille de la campagne, habituée aux gros ouvrages et qui demande comme une faveur la permission de balayer et de frotter énergiquement les parquets. Elle est brusque, et quand les choses ne sont pas à son goût, elle secoue les lits, les change de place et enlève d'un seul bras de lourds fauteuils de bois. Elle a des colères terribles et, dans les asiles où elle a été, elle a rossé des hommes vigoureux. J'arrête cette jeune fille au milieu de son travail et je lui donne à serrer le dynamomètre. Elle est absolument anesthésique des deux côtés du corps et ne serre le dynamomètre qu'en regardant. L'instrument marque en moyenne (l'expérience a été faite bien des fois) 9 à droite et 5 à gauche, même quand elle regarde. Eh bien, je dis que ces chiffres sont en contradiction complète avec ce que je lui vois faire à chaque instant. Pour m'en rendre compte, j'ai essayé moi-même, et quoique je marque 50 au même dynamomètre, je suis incapable d'enlever comme elle les fauteuils et les lits. Le même fait peut être constaté d'une manière plus précise par l'expérimentation. Mais il faut avouer qu'il est alors moins frappant. Marguerite est absolument anesthésique du côté droit et si je lui demande de serrer le dynamomètre de la main droite sans regarder, elle ne fait aucun mouvement et l'instrument reste à 0. Mais on sait que je puis provoquer chez elle des mouvements subconscients de son bras droit. Si je lui fais serrer ainsi le dynamomètre subconsciemment de la main droite sans qu'elle le sache, le mouvement est réel et marque 10 ou 12. Ce n'est pas beaucoup et on peut remarquer que les mouvements subconscients provoqués de cette manière restent faibles, mais c'est bien plus que 0.

Il se passe donc chez l'hystérique une modification spéciale quand on *la met en expérience*, quand on la prie de faire attention, de serrer un instrument de façon *volontaire et personnelle* pour montrer *sa propre force*. Elle ne la retrouve plus, elle ne peut plus en faire usage de cette manière, quoique cette force existe bien réellement et se dépense sans compter dans tous les actes de la vie courante, quand la malade ne cherche pas à s'en rendre compte. C'est tout à fait le caractère que nous avons vu sous le nom d'aboulie.

Cette amyosthénie est donc en rapport avec la faiblesse de l'action volontaire. Une ancienne remarque de M. Féré peut nous expliquer cette dépendance; il a montré que la pression dynamométrique, c'est-à-dire l'effort brusque et momentané est faible chez les nègres, chez les ouvriers employés à des professions uniquement manuelles et qu'il ne devenait puissant que chez les hommes adonnés à des professions libérales; en un mot, il a démontré que la plus grande énergie de l'effort momentané coïncidait avec la plus grande activité des fonctions intellectuelles[1]. Cette proposition paraît inexacte si on l'applique à la force d'un mouvement quelconque, elle est cependant juste si on en restreint l'application à la puissance de l'effort conscient et volontaire. S'il en est ainsi, personne ne sera étonné de voir la puissance musculaire si faible chez les hystériques, si faible surtout de leur côté insensible. Leur puissance d'attention est minime et elles ne savent pas concentrer toutes leurs énergies sur un acte momentané. Leur force variera automatiquement suivant que les passions ou les habitudes réuniront sur une même action une plus ou moins grande quantité de phénomènes psychologiques; mais il ne dépendra pas d'*elles* d'employer, à un certain moment, cette force d'une manière consciente et volontaire.

1. Féré, *Sensation et mouvement*, 1887, 5.

Tous les phénomènes que je viens d'étudier peuvent donc être considérés comme des phénomènes moraux. L'un d'eux, l'indécision et l'ataxie des mouvements, peut se rattacher en partie à l'anesthésie, mais tous les autres sont des manifestations immédiates du grand trouble de la volonté et de l'attention consciente, de l'aboulie.

§ 2. — SYNDROME DE LASÈGUE

Le plus souvent, quand les membres d'une hystérique sont atteints d'une anesthésie bien complète, tactile et musculaire, englobant toute la racine du membre, les troubles du mouvement sont plus accusés que dans les cas précédents. Ils prennent une forme toute particulière, qui soulève les plus intéressants problèmes de psychologie.

Cette altération du mouvement dans les membres anesthésiques a été depuis longtemps signalée par Ch. Bell, par Duchenne et par Briquet, mais il nous semble que la description la plus complète et la plus précise en a été donnée par Lasègue [1]; c'est pourquoi nous proposons de désigner cet ensemble de phénomènes assez complexes sous le nom de **syndrome de Lasègue**.

Résumons d'abord les faits essentiels qui constituent ce syndrome.

1° Le sujet est incapable d'effectuer aucun mouvement du côté anesthésique sans le secours de la vue.

2° Dans certaines expériences, le mouvement commencé avec le secours de la vue peut se continuer sans ce secours.

3° Les imaginations visuelles, ou même la sensation tactile, peuvent remplacer la sensation visuelle, pourvu

1. Lasègue, Anesthésie et ataxie hystériques. *Études médicales*, II, 25.

qu'elles apprennent au sujet la position de son membre au début du mouvement.

4° Ce caractère ne semble pas gêner le sujet qui pendant la vie normale effectue tous les mouvements sans se plaindre de rien.

5° Si on lève le bras du sujet sans qu'il le voie, ce bras reste immobile dans des postures cataleptiques.

6° Des mouvements peuvent être obtenus sans le secours de la vue, mais ils sont subconscients et le sujet ne s'en rend pas compte.

Nous allons étudier dans ce paragraphe les trois premiers caractères qui forment la partie essentielle du syndrome, en réservant pour le paragraphe suivant l'étude des trois autres.

Le fait principal est la perte du mouvement sans le secours de la vue : « Une mère nourrissant son enfant, racontait autrefois Ch. Bell, est atteinte de paralysie; elle perd la puissance musculaire d'un côté du corps et, en même temps, la sensibilité de l'autre; circonstance étrange et vraiment alarmante, cette femme ne pouvait tenir son enfant au sein avec le bras qui avait conservé la puissance musculaire (mais qui était anesthésique) qu'à la condition de regarder son nourrisson. Si les objets environnants venaient à la distraire de la position de son bras, ses muscles fléchisseurs se relâchaient peu à peu et l'enfant était en danger de tomber. » On observe plus souvent un autre fait du même genre, c'est que les malades anesthésiques ne peuvent pas remuer pendant la nuit[1]. Lucie, par exemple, pendant ses périodes d'anesthésie complète, ne pouvait plus faire le plus petit mouvement dans son lit, une fois la lumière éteinte : elle était le matin exactement dans la même position où elle s'était placée le soir. Quelques médecins, à ce que raconte Briquet[2], avaient même pris cette singulière

1. Duchenne (de Boulogne), *op. cit.*, 420.
2. Briquet, *op. cit.*, 303.

paralysie nocturne pour une maladie intermittente et l'avaient traitée par le sulfate de quinine.

De telles constatations sont cependant assez rares, car le fait que j'étudie ici est surtout un fait d'expérimentation ; il faut le chercher pour le constater. On a remarqué que les malades mis en observation, qui se surveillent pour ainsi dire pendant qu'on les examine, suivent continuellement du regard leurs bras ou leurs jambes anesthésiques dès qu'on leur demande de faire un mouvement. On a songé naturellement à simplifier l'acte en supprimant cette intervention du sens visuel. Je crois qu'il faut éviter cependant de fermer complètement les yeux du sujet, car on peut provoquer ainsi chez les hystériques toutes sortes d'altération de la conscience, quelquefois même le somnambulisme [1] ; l'anesthésie pourrait être modifiée et les mouvements n'auraient plus les mêmes caractères. Il faut se contenter de détourner la tête du sujet et de cacher le bras par un écran. Si on expérimente ainsi, on voit que le membre anesthésique devient tout d'un coup paralytique ; il tombe, flasque, par son propre poids et n'exécute plus aucun des mouvements que l'on commande à la malade. Celle-ci se conduit alors, suivant les cas, de manières différentes : tantôt, elle semble faire des efforts impuissants qui se manifestent par les expressions de la physionomie et par les mouvements de son autre côté resté sensible et dit d'un ton désespéré : « Je ne peux pas, je ne sais pas ce qu'il y a, je ne peux pas lever le bras droit. » C'est ainsi que se comporte Marguerite. Tantôt, comme on le constate avec Marie ou M., la malade reste parfaitement calme et aussitôt qu'on lui a demandé de faire un mouvement du côté insensible, elle répond : « C'est fait. » En réalité, le bras n'a pas bougé. Il n'est pas toujours facile de se rendre

1. Les altérations de la conscience et du mouvement provoquées par la fermeture des yeux ou l'occlusion des oreilles seront étudiées dans le deuxième volume à propos du somnambulisme.

compte de ces différences, il faut seulement constater le fait principal : disparition complète du mouvement volontaire sans l'aide de la vue[1].

Cette paralysie causée par la suppression de la vision peut se manifester dans certains cas par des détails plus spéciaux. On laisse le sujet les yeux ouverts et on se contente de placer sa main anesthésique derrière son dos; il est absolument incapable de l'en retirer volontairement (signe de Bell). Quand le sujet est anesthésique des deux côtés, on le place debout, puis on le prie de fermer les yeux, aussitôt il vacille et s'affaisse complètement. Lucie, Célestine, Witm, Hab. et bien d'autres tombent ainsi brusquement par terre (signe de Romberg). Malgré cette chute et ce relâchement des muscles, il faut remarquer, avec Briquet, que cette paralysie n'affecte que les muscles des membres, et que ni les muscles respiratoires, ni ceux du dos, ni ceux de la face ne sont, en général, atteints de la même manière. Comme Briquet le remarque fort bien[2], ce sont les muscles ordinairement accessibles à la vue qui semblent souffrir de cette suppression du sens visuel. Cependant on a signalé des cas[3] où les malades, les yeux fermés, ne pouvaient plus ouvrir la bouche, ni tirer la langue, ni avaler. Cette exagération du phénomène est fort rare; elle se rapproche d'un fait dont je parlerai plus loin à propos du somnambulisme, l'obnubilation complète qui frappe l'esprit de certaines hystériques quand on ferme le seul sens qui fonctionnait encore d'une manière consciente.

M. A. Pick, dans le travail dont j'ai parlé plus haut, a longuement étudié le phénomène précédent. Il montre d'abord, et, sur ce point, je suis entièrement de son avis, qu'il ne faut parler ici ni d'épuisement réel produit par

1. Voir aussi des faits de ce genre dans l'article de M. Raymond. *Revue de médecine*, 1891, 396.
2. Briquet, *op. cit.*, 478.
3. Pitres, *op. cit.*, I, 119.

la suppression de la vue ni de dynamogénie à la suite des excitations visuelles. Le fait se produit aussi bien, comme on l'a vu, que le sujet ait les yeux ouverts ou fermés, pourvu que son attention soit détournée d'une certaine manière. M. Pick veut rapprocher ensuite complètement cette impuissance motrice d'un fait signalé déjà au paragraphe précédent : la simplification des mouvements chez l'hystérique. On sait qu'une hystérique occupée à faire un certain mouvement, à garder une certaine attitude, est incapable à ce moment de faire aucune autre action. Eh bien ! nous dit cet auteur, si je l'ai bien compris, la malade, dans l'expérience de Lasègue, est occupée à fermer les yeux, à détourner la tête, à regarder un écran, etc., et c'est là ce qui la rend incapable de lever le bras gauche. Cette impuissance motrice devrait donc encore être rattachée à la distraction et au rétrécissement du champ de la conscience.

Cette interprétation est loin de me déplaire, car j'ai toujours soutenu que l'anesthésie était une espèce de distraction, et que les troubles résultant de l'anesthésie pouvaient être considérés comme des conséquences de la distraction. Mais il ne faut pas oublier que l'anesthésie est une forme très particulière de la distraction transformée par une habitude automatique, et qu'elle a ses caractères spéciaux. Quelle que soit la vérité générale des remarques de M. Pick, il n'en reste pas moins un fait brutal : le sujet détournant la tête, distrait, si l'on veut, par son attitude, n'en continue pas moins à pouvoir faire les mouvements du côté sensible : il ne les a perdus que du côté insensible. L'anesthésie ajoute donc quelque chose à la distraction générale. Le sujet, quoique distrait, peut faire les mouvements du côté sensible sans regarder, mais il a besoin de regarder pour sortir de sa distraction, beaucoup plus forte quand il s'agit de son côté insensible.

Voici l'explication que j'ai proposée autrefois de ces

phénomènes singuliers[1]; elle ne me paraît pas en contradiction avec celle de M. Pick, elle me semble seulement un peu plus complète. Quand les hystériques ont simplement de l'anesthésie musculaire, leurs mouvements sont hésitants, mal dirigés, mais restent en somme possibles. Malheureusement, l'anesthésie entraîne souvent avec elle, ainsi que cela a été étudié dans le second chapitre, une amnésie parallèle. Le sujet anesthésique qui détourne les yeux ne sent plus son bras; il fait plus, il l'oublie; il ne sait plus y penser d'aucune manière. Non seulement le malade ne sent plus consciemment les mouvements communiqués à son bras, mais il ne peut plus avoir conscience des images kinesthésiques, des images d'anciens mouvements relatives à ce bras. Il est devenu incapable de faire entrer dans sa conscience personnelle la représentation mentale sous forme d'images kinesthésiques du mouvement qu'on lui demande. Comme le mouvement extérieur n'est qu'une manifestation de ces images, il est incapable de produire ce mouvement réel.

Il est donc en réalité paralysé par amnésie et il devrait, en théorie, être définitivement et complètement immobilisé. Mais, heureusement, l'esprit a des ressources et nous pouvons constater ici les effets d'une véritable suppléance psychologique. Les sensations et les images d'un autre sens, le plus souvent, du sens visuel lui servent à retrouver la pensée de son bras gauche à se représenter le mouvement qu'il doit faire et par conséquent à l'exécuter.

Faut-il supposer simplement que les images visuelles servent de signal, de point de repère, pour évoquer les images kinesthésiques qui sont devenues difficiles à évoquer seules, mais qui réapparaissent dans la perception personnelle et qui reprennent leur rôle moteur à propos des sensations visuelles du mouvement. Ce

1. *Autom. psych.*, 350.

serait, je crois, l'opinion de M. Pick[1]. Il doit en être ainsi chez beaucoup de sujets. Marguerite s'aperçoit bien que le mouvement n'est pas exécuté réellement quand elle ne regarde pas, puisqu'elle fait effort et qu'elle gémit; elle n'est donc pas absolument privée à ce moment de sensations kinesthésiques, et elle cherche à les évoquer plus nettement.

Mais je suis disposé à croire (c'est une supposition que j'exprime sous toutes réserves) qu'il n'en est pas toujours ainsi. Marie ou M. ont les yeux détournés, je leur suggère seulement une *hallucination visuelle*, celle de *voir* leur bras gauche qui se lève et se place devant leur nez : l'hallucination se développe, et elles déclarent *voir* leur bras; mais en même temps leur bras s'est levé et s'est placé réellement devant leur nez[2]. Elles n'en savent rien, elles ne croient pas qu'un mouvement se soit exécuté, elles ne se préoccupent pas si j'arrête ou non le mouvement de leur bras; en un mot, elles n'ont rien d'autre dans leur conscience personnelle que l'hallucination visuelle du mouvement de leur bras, et, je le répète, cette hallucination suffit pour produire le mouvement. On sait que toutes les images psychologiques ont un côté moteur; on sait que chaque sujet se sert plus particulièrement, pour les usages de la vie pratique, de telles ou telles images; on n'hésite pas à dire que, au point de vue du langage, il y a des visuels, des auditifs, et des moteurs. M. Charcot, après avoir établi la distinction des divers types du langage, fait aussi allusion « à des variétés individuelles dans la façon d'exécuter les mouvements[3] ». Pourquoi ne pas admettre qu'il y a aussi des visuels pour les mouvements des bras et des jambes, ou même pour tel ou tel mouvement séparé des autres? L'expérience précédente ne réussit chez Léonie que si on provoque

1. Pick, *op. cit.*, 199.
2. *Autom. psych.*, 148.
3. Charcot, *Mal. de syst. nerv.*, III, 468.

l'hallucination de l'image particulière qui, chez ce sujet et à ce moment, sert au mouvement. Chez elle, l'hallucination visuelle du bras en mouvement, quand elle a les yeux fermés, provoque le mouvement à gauche du côté anesthésique, mais ne le provoque pas à droite du côté sensible. Pour amener le mouvement du bras droit il faut l'hallucination tactile et musculaire du déplacement de ce bras, hallucination qui, d'ailleurs, est sans efficacité ou même impossible pour le bras gauche[1]. N'ai-je pas le droit de supposer qu'en ce moment, elle se sert, pour se mouvoir, des images visuelles à gauche, et des images kinesthésiques à droite. Quoi qu'il en soit de ces discussions, que je ne tranche pas, mais que je propose comme problème, une notion reste indubitable, c'est que la représentation visuelle du mouvement vient provoquer ou suppléer la représentation kinesthésique du mouvement affaiblie ou disparue.

C'est cette interprétation générale qu'il faut vérifier en examinant maintenant les deux caractères suivants du syndrome. Lasègue avait déjà remarqué que les sujets de ce genre n'ont pas besoin de voir complètement et librement leur membre anesthésié; pour le remuer, il suffit qu'ils le puissent discerner un peu. « L'une d'elles a les deux bras placés sous la couverture, qu'on a eu soin de remonter jusqu'au cou : elle peut cependant, guidée par les mouvements de la couverture, qu'elle regarde, sortir les bras hors du lit; il en est de même des jambes qu'elle remue sous la couverture à la condition qu'elle voie s'agiter l'édredon superposé[2]. » Marie, qui en est ordinairement incapable, remuait un soir fort bien son bras gauche sans le regarder; j'en fus surpris. C'est qu'elle suivait des yeux sur le mur l'ombre de son bras projetée par une lampe. Il suffit

1. *Autom. psych.*, 149.
2. Lasègue, *op. cit.*, II, 39.

donc de très peu de sensation visuelle pour servir de point de départ à la représentation visuelle totale.

Mais allons plus loin : M. Pitres[1] a fait une remarque fort curieuse. Le malade peut continuer, les yeux fermés, le mouvement qu'il a commencé les yeux ouverts, il peut même l'arrêter; mais quand il a laissé ses bras retomber, il ne peut plus recommencer un autre mouvement si on ne lui laisse pas ouvrir les yeux et regarder ses membres. Le fait, sans doute, n'est pas absolument général; certains sujets ont si peu de mémoire visuelle qu'ils oublient leur bras tout de suite dès qu'ils ne le voient plus; cependant cette remarque peut se vérifier fréquemment : Elle semble montrer que l'image visuelle du commencement du mouvement est ici la plus importante. J'ai répété tous ces faits avec des variantes. Il suffit que Marie ait bien regardé sa main immobile sur ses genoux avant de fermer les yeux, pour que, pendant quelque temps du moins, elle ait conservé la faculté de la remuer. Mais, maintenant, j'arrête son mouvement sans lui laisser voir où tombe sa main, ou bien je déplace le bras sans la prévenir et je le mets sur sa tête; elle n'en a rien senti, croit son bras sur ses genoux, ou mieux ne sait plus où il est, et dit qu'elle l'a perdu. Je lui demande alors de me tendre la main, et son bras ne bouge plus, ou n'a plus que des tremblements incohérents. Bien mieux, sans toucher à son bras, je lui fais croire que je le déplace, cela suffit pour qu'elle ne sache plus où il est, et me dise d'un ton navré : « Mais laissez-moi regarder et je vous donnerai la main[2]. » En un mot *la notion visuelle importante*, *c'est la notion de la position de leur bras au moment de commencer un mouvement.*

On peut alors interpréter une bien jolie expérience de Lasègue reproduite par M. Pitres. Il suffit de placer

1. Pitres, *op. cit.*, I, 117.
2. *Autom. psych.*, 352.

la main gauche sur une partie du corps restée sensible, pour que le sujet puisse la remuer; la sensation initiale qui lui permet de se représenter le mouvement et de l'exécuter est ici empruntée au sens tactile. M. Raymond [1] cite d'après Strümpell et d'après Heyne un cas beaucoup plus rare encore : le sujet, pour diriger sa main insensible, frappait de petits coups sur la table ou sur sa tête. C'était, par extraordinaire, le sens auditif qui servait à évoquer l'image motrice. Tous les faits s'accordent pour montrer l'importance de cette représentation suppléante qui permet d'exécuter consciemment le mouvement malgré la disparition des véritables images kinesthésiques qui ne font plus partie du champ de conscience.

Ces combinaisons et ces suppléances des images qui sont la conséquence des anesthésies donnent naissance souvent à des phénomènes très bizarres, que l'on peut considérer comme des variétés anormales du syndrome de Lasègue.

1° **La syncinésie**. — Léonie est anesthésique à gauche, et elle a les yeux fermés; je lui demande de lever son bras droit, elle le lève correctement; je lui demande de lever son bras gauche et elle lève les *deux bras ensemble*. Elle ne laisse pas le bras gauche immobile comme font les malades précédentes, elle le remue bien et fait même, sans regarder, tous les mouvements les plus précis des doigts, mais à la condition de faire simultanément tous les mouvements symétriques avec le bras droit. J'ai laissé ce fait de côté autrefois parce que je n'y comprenais rien; j'ai vu depuis les faits de synesthésie qui ont été décrits au premier chapitre et je crois que c'est un fait du même genre qui peut s'expliquer de la même manière. Je ne reviens pas sur ce principe : les sensations et les images des parties symétriques du corps sont presque identiques, il doit en

1. Raymond. *op. cit.*, 585.

être de même pour les mouvements : les images motrices des mouvements symétriques doivent être presque identiques et doivent se confondre très facilement. Chez Léonie, ces images motrices sont nettes et isolées pour le bras droit; les mêmes images motrices sont confuses pour le bras gauche et se confondent d'une manière inséparable avec les images symétriques du bras droit.

C'est probablement pour cette même raison que le malade de M. Pitres pouvait, les yeux fermés, mettre ses deux bras dans la position du boxeur et ne pouvait pas lever isolément le bras gauche [1]; c'est pour cette raison aussi, que M. Féré notait chez ses sujets une tendance marquée aux mouvements associés, qui devenaient plus rapides et plus forts que les mouvements isolés [2].

Cette confusion peut se présenter d'une autre manière sans que nous puissions dire ce qui produit cette modification. M., dans les périodes où elle présente ce que nous avons appelé de l'allochirie simple, confond les mouvements comme les sensations des parties symétriques. Quand je lui demande de lever la main droite ou la main gauche, elle hésite et cherche à obtenir un renseignement en regardant la main qui a une bague. Sans ce renseignement, elle lève les mains au hasard, quelquefois toutes les deux, mais le plus souvent, l'une ou l'autre indifféremment [3]. Voici plusieurs années qu'elle ne distingue plus les mouvements du côté droit et ceux du côté gauche, et qu'elle commet à ce propos de singulières bévues qui ont été remarquées par plusieurs personnes. Il paraît même qu'elle se désolait autrefois et se mettait à pleurer quand on lui in-

1. Pitres, *op. cit.*, I, 118.
2. Féré, Les mouvements volontaires. *Revue philosophique*, 1889, I, 64, et la gaucherie acquise, *Rev. scientifique*, 1889, II, 606.
3. Une altération de la faculté de localiser les sensations. *Rev. philosophique*, 1890, I, 659.

diquait un chemin par ces mots : « Tournez à droite, ouvrez la porte à gauche » car elle n'en comprenait plus le sens et se perdait complètement. Aujourd'hui, elle est un peu plus adroite et se tire d'affaire au moyen de quelques procédés, dont nous avons déjà vu des exemples. Il s'agit toujours d'une amnésie incomplète, qui enlève les signes caractéristiques très délicats des images symétriques.

1° **Allocinésie.** — La même malade a, comme on l'a vu, des périodes d'allochirie complète, elle présente en même temps l'allocinésie régulière. Maintenant, quand on lui dit de lever le bras droit, elle n'hésite plus et fait rapidement le mouvement demandé, mais... il est toujours fait avec la main gauche et *vice versa*. Je ne reviens pas sur l'explication de ce phénomène, que j'ai donnée déjà, du moins autant que cela m'a été possible.

J'insiste seulement sur un point, c'est que ce passage d'un phénomène moteur d'un côté du corps à l'autre est extrêmement fréquent chez l'hystérique. Un tremblement, une paralysie, une contracture aussi bien qu'une anesthésie réapparaissent du côté gauche quand on a travaillé à les détruire du côté droit[1]. Et cela, je l'ai constaté souvent sans l'emploi d'aimant, ni de métaux, sans aucune suggestion, sans que ni l'opérateur, ni le sujet aient songé à cet incident très désagréable. Il y a des lois psychologiques qui réunissent les phénomènes symétriques et qui les substituent les uns aux autres. Changer un phénomène de côté, c'est, pour l'hystérique, le plus petit changement possible, celui qu'elle fait le plus facilement, d'une manière automatique, dès que l'on modifie l'équilibre de sa conscience. Il y a sans doute des transferts[2] opérés par pure et simple suggestion, mais il y en a d'autres qui sont l'application des lois précédentes et qui se rattachent indirectement au syndrome de Lasègue.

1. Gilles de la Tourette, *op. cit.*, 216.
2. Sur quelques phénomènes de transfert. *Autom. psych.* 156.

3° **Étérocinésie.** — Je crois que l'on peut donner ce nom à un fait très curieux décrit par Briquet[1] : « Les muscles (d'un membre anesthésique chez une hystérique qui a les yeux fermés) exécutent des mouvements précisément inverses de ceux que le malade voudrait faire. Ainsi, quand la malade pense à fermer la main, celle-ci, au contraire, s'ouvre; si elle veut exécuter un mouvement d'extension, c'est un mouvement de flexion qui se produit. » Je regrette beaucoup de n'avoir jamais eu l'occasion d'observer ce phénomène. J'ai vu un grand nombre de faits du même genre dans les pensées et les sentiments, mais je n'ai pu étudier le phénomène sous sa forme simple dans les mouvements. Il doit y avoir ici, comme précédemment, une confusion d'images qui se ressemblent par un certain côté; le contraste, comme on sait, suppose une grande ressemblance. Il s'agit toujours de ces distinctions incomplètes et de ces associations irrégulières entre des phénomènes qui ont été mal perçus.

En un mot, le syndrome de Lasègue avec ses différentes variétés nous a montré quelques-unes des conséquences de l'anesthésie et de l'amnésie, les troubles du mouvement qu'elles amènent et les phénomènes de suppléance qui réussissent à rétablir le mouvement en lui donnant un aspect particulier.

§ 3. — LES CATALEPSIES PARTIELLES

Le syndrome de Lasègue, que je puis définir maintenant un ensemble de perturbations du mouvement qui se présente dans un membre complètement anesthésique quand le malade ne peut plus le regarder, se compose en réalité de phénomènes négatifs et de phénomènes positifs. Les premiers phénomènes montrent en effet que,

1. BRIQUET, *op. cit.*, 301 et 478.

dans ces circonstances, le mouvement est supprimé ou ne peut s'exécuter que de façons très spéciales : un second groupe de phénomènes nous montre au contraire que, dans les mêmes circonstances, certains mouvements peuvent être conservés. Le paragraphe précédent a présenté l'étude des premiers, il faut étudier maintenant les derniers caractères de ce syndrome.

On pourrait croire, au premier abord, que ce singulier besoin de regarder sans cesse ses membres pour les mouvoir va beaucoup gêner les malades qui devront jeter les yeux sur leurs pieds ou sur leurs mains pour faire un pas ou un geste : il n'en est rien. Lasègue[1] s'étonnait déjà de voir une malade de ce genre travailler dans un atelier de couture, où elle était l'égale de toutes les ouvrières. Marguerite présente ce syndrome du côté droit au plus haut degré; dans le laboratoire, elle est incapable de remuer son pied ou seulement un des doigts de la main sans le regarder. Dans la cour, elle marche très vite, les yeux en l'air, elle rattrape un objet qu'on lui lance, suit des yeux un oiseau qui vole, et cependant elle ne vacille pas et ne tombe pas. Camille, étudiée expérimentalement, ne peut absolument pas remuer son bras gauche sans le regarder : les expériences finies, elle cause avec moi et ne s'aperçoit pas que j'observe son bras gauche qui remue parfaitement en dehors du champ de la vision. Léonie ne peut retirer son bras gauche quand je le place derrière son dos, mais tous les matins elle lace elle-même son corset, met ses mains derrière son dos simultanément ou séparément et les retire aussi bien l'une que l'autre. Enfin, toutes ne sont pas comme Lucie immobiles pendant la nuit; beaucoup remuent, bouleversent leur lit ou se lèvent malgré l'obscurité complète.

Cette paralysie spéciale des membres anesthésiques et non regardés n'est donc pas absolument continuelle et

1. Lasègue, *Études médic.*, I, 904.

n'affecte pas tous les mouvements; elle se comporte en réalité comme tous les stigmates et il faut rechercher ici également dans quelles conditions les phénomènes sont conservés.

On peut constater même expérimentalement cette conservation des mouvements et elle se montre de la façon la plus simple et la plus décisive dans le phénomène si curieux que Lasègue a décrit sous le nom de *catalepsies partielles*. On connaît bien cette disposition étrange que prennent les membres d'un malade pendant les attaques de catalepsie naturelles ou provoquées[1]. Si on touche les membres, on s'aperçoit qu'ils sont extrêmement mobiles et pour ainsi dire légers, qu'ils n'offrent aucune résistance et que l'on peut très facilement les déplacer. Si on les abandonne dans une position nouvelle, ils ne retombent pas suivant les lois de la pesanteur, ils restent absolument immobiles à la place où on les a laissés. Les bras, les jambes peuvent être mis dans toutes les positions, même les plus étranges, qu'ils gardent sans les modifier; aussi a-t-on comparé tout naturellement ces sujets à des mannequins de peintre que l'on plie dans tous les sens.

Déjà les premiers auteurs qui se sont occupés de la catalepsie avaient remarqué que cet état peut n'être que partiel, c'est-à-dire n'exister que dans une partie du corps du sujet, tandis que le reste du corps est employé à de tout autres actes et présente des caractères tout différents. Un bras par exemple, se comporte comme s'il était le bras d'une personne en catalepsie, tandis que le sujet tout entier, loin d'être dans cet état, rit et cause sans se préoccuper de ce que devient son bras[2]. Lasègue a été plus loin, il a montré que ce phénomène n'était pas rare, que ce n'était pas une attaque partielle, mais un caractère normal des membres anesthésiques

1. Paul Richer, *La grande hystérie*, 1885, 283 et 610.
2. Saint-Bourdin. *Traité de catalepsie*, 1841, 29 et 59.

que le sujet ne regarde pas. On a vu que le bras droit de Marguerite semble incapable d'effectuer aucun mouvement quand elle ne le regarde pas et que les muscles paraissent extrêmement flasques, il suffit cependant que je lui prenne ce bras à son insu et que je le mette en l'air dans une position quelconque, le bras reste immobile dans la position où je l'ai mis et les muscles se contractent pour conserver au membre cette attitude. Si je touche le bras de nouveau, je puis très facilement le mettre dans une position nouvelle, il y restera également[1].

Le caractère le plus important de ces poses cataleptiques, c'est leur persistance, leur durée. Le bras ne change pas spontanément la position où on l'a mis et si on n'intervient pas pour la modifier, il la conserve indéfiniment. J'ai vu souvent de telles attitudes persister sans changement bien appréciable vingt minutes, une demi-heure. MM. Binet et Féré en décrivent qui ont duré une heure[2]. Pendant tout ce temps, le bras n'oscille pas, ne tremble pas, ne semble pas modifié par la fatigue. Au bout d'un certain temps, un quart d'heure le plus souvent dans nos expériences, on voit les muscles se relâcher peu à peu et le bras descendre lentement, sans secousse, et en conservant assez régulièrement l'attitude primitive jusqu'à ce qu'il soit tombé complètement, ce qui est fort long. Pendant tout ce temps, le sujet parle d'autre chose, remue à son gré les autres membres et ne se préoccupe pas du tout de ce qui se passe dans son bras suspendu en l'air. Le plus souvent, il n'éprouve aucune fatigue, aucun sentiment désagréable; quelquefois il se plaint d'éprouver une sorte de tension pénible dans les muscles du côté opposé resté sensible. Quand on lui parle de son membre cataleptique, sans lui permettre de le regarder, il ignore absolument où est son

1. *Autom. psychol.*, 228.
2. Binet et Féré. *Archives de physiologie*, 1er oct. 1887.

bras ni ce qu'il fait, il dit qu'il l'a oublié, ou bien il se contente d'une réponse banale : « Mon bras, il doit être bien tranquillement sur mes genoux. » Si on avertit le sujet que son bras n'est pas sur ses genoux et si on le prie de l'y remettre, il est incapable de le faire consciemment et volontairement et ne peut pas plus, sans regarder, changer ces attitudes cataleptiques qu'il ne pouvait précédemment remuer son bras qui pendait immobile. Enfin, si on lui permet de retourner la tête et de regarder son bras qui est en l'air, il est étonné de ce qu'il voit et il le baisse immédiatement. Il peut maintenant remuer son bras comme il le veut, le remettre même dans la position précédente, mais il ne l'y maintient plus de la même manière. « La sensation de fatigue reparaît en même temps que la vue est rendue à sa libre activité, la malade se lasse aussi vite qu'une autre des positions auxquelles on assujettit des membres qu'elle peut voir[1]. »

Tel est le phénomène sous sa forme typique. Il peut présenter bien des modifications et des complications.

1° Cette catalepsie partielle peut se rencontrer dans d'autres états que la veille normale. Quand une hystérique est dans un état somnambulique, elle conserve quelquefois ses diverses anesthésies et ses membres obéissent de la même manière que pendant la veille sans qu'elle le sache. Il ne faut pas confondre cette catalepsie partielle par anesthésie pendant le somnambulisme avec l'état de catalepsie totale, ni avec les attitudes suggérées aux somnambules et qu'ils gardent consciemment. Le même phénomène, j'y ai insisté autrefois[2], peut se présenter de trois manières différentes. Cet état de catalepsie partielle peut s'observer encore dans d'autres circonstances plus étranges, par exemple pendant l'attaque d'hystérie. Quand Rose

1. Lasègue, *op. cit.*, II, 40.
2. *Autom. psych.*, 234.

est en grande crise d'hystérie, à n'importe quelle période, je puis, pour ainsi dire, m'emparer d'un bras ou d'une jambe en les touchant légèrement. Le membre que j'ai touché quelques instants reste alors inerte et ne prend plus part aux tremblements ni aux convulsions du reste du corps. Si je le soulève, il reste dans la position où je le mets, ou même, comme on le verra tout à l'heure, répète régulièrement les mouvements que je lui communique. L'attaque a modifié évidemment l'attitude générale du sujet, puisque les autres membres continuent leurs convulsions, elle n'a pas changé en elle-même la catalepsie partielle.

2° Ce phénomène peut être augmenté. Chez certains sujets, surtout chez ceux qui ont été hypnotisés fréquemment, il suffit de maintenir quelque temps en l'air un membre ordinairement sensible, pour qu'il devienne anesthésique et cataleptique. Quelquefois, le changement se produit même quand le sujet regarde son bras. Inversement, ce phénomène peut subir des diminutions. Pour qu'il se produise, il faut que le sujet n'ait dans sa conscience aucun renseignement sur la position donnée à son bras. Si l'anesthésie tactile et musculaire n'est pas complète, le sujet baissera son bras plus ou moins facilement. C'est même là un moyen d'apprécier le degré d'anesthésie de certains sujets. M... présente d'ordinaire le phénomène de la catalepsie partielle, mais on constate certains jours que les bras retombent plus ou moins vite, c'est que l'anesthésie a diminué, comme on peut le vérifier. Si, au cours d'une expérience, on peut réussir par un procédé quelconque à rendre momentanément au sujet la sensibilité musculaire de son membre, l'état cataleptique disparaît aussitôt. Il faut aussi que le sujet n'ait aucune indication par le sens visuel ; un reflet dans une glace, une ombre suffisent pour que Marie baisse son bras. L'imagination visuelle de la position de son bras suffit à Justine pour qu'elle récupère à peu près la possession de ses membres.

Enfin il y a une autre condition très importante dont l'absence diminuera où même supprimera totalement le phénomène. Chez quelques malades, cette catalepsie partielle se manifeste immédiatement, quelque soit l'opérateur, pourvu qu'il se mette dans les conditions convenables : le bras anesthésique a une obéissance banale. Mais, le plus souvent, les choses ne se passent pas ainsi. Vous pouvez essayer de lever le bras gauche de Léonie, de Lucie ou de Marie, même sans qu'elles le puissent voir, le bras ne reste pas en l'air, et il ne se produira aucun phénomène de catalepsie. Mieux encore : quand j'ai moi-même mis leur bras dans une position cataleptique, une autre personne ne peut pas la changer; le bras, si léger tout à l'heure, se met à lui résister de toutes ses forces. Si on presse beaucoup, il fléchit un peu; mais, [dès qu'il est libre, il remonte comme par élasticité à la première position; que je touche de nouveau le bras, il devient subitement léger et obéit à toutes les impulsions [1]. C'est là une forme de ce qu'on appelle l'électivité, de ce choix que le sujet semble avoir fait plus ou moins à son insu d'un directeur particulier et de cette domination spéciale que le directeur prend à l'exclusion des autres personnes sur tous les phénomènes psychologiques du malade. Il faut se rappeler que l'électivité intervient fortement dans la catalepsie partielle : ce caractère servira pour son interprétation.

3° Enfin ce phénomène peut se compliquer de plus en plus. Si on imprime un mouvement au bras au lieu de l'abandonner simplement en l'air, il continue indéfiniment ce mouvement avec la régularité d'un pendule. Ce même mouvement peut aussi être provoqué d'une manière plus indirecte par l'imitation. Certains sujets répètent sans le savoir, et uniquement avec leurs membres anesthésiques, les mouvements que l'on fait

1. Actes inconscients. *Rev. philosophique*, 1888, I, 248.

devant eux[1]. Quelquefois cette imitation est toute spontanée et n'est pas le résultat d'une expérience. Dernièrement, en parlant avec Justine, je m'aperçus qu'elle avait continuellement un mouvement d'oscillation régulier du bras gauche, comme une sorte de tic. Je lui demandai ce qu'elle faisait; elle me dit qu'elle ne bougeait pas et, en effet, dès qu'elle regarda son bras, tout s'arrêta. Un moment après, quand elle détourna la tête, le mouvement recommença et je m'aperçus alors que la main suivait le mouvement du balancier de la pendule. Nous avons tous des phénomènes semblables, mais chez les hystériques anesthésiques, ils sont remarquables par leur fréquence et leur importance.

Ces attitudes et ces mouvements peuvent encore être déterminés d'une autre manière, par le contact d'un objet que l'on met dans la main anesthésique du malade. Sur le bras de Lucie, qui reste étendu horizontalement dans cet état cataleptique, je mets une plume légère, la main la retient. Je retire la plume et la remplace par un poids de deux kilos : le bras ne plie pas sous le poids surajouté, mais, au contraire, la tension des muscles s'adapte au poids à supporter. Si on met une paire de ciseaux dans la main insensible, le sujet ne peut absolument pas me dire ce qu'il a dans la main gauche et cependant les doigts sont entrés d'eux-mêmes dans les anneaux des ciseaux qu'ils ouvrent et ferment alternativement. Enfin, si on met un crayon dans la main comme nous l'avons déjà noté souvent, les doigts se courbent inconsciemment et se placent d'eux-mêmes, à l'insu du sujet, dans la position voulue pour écrire. Souvent même la main se met à écrire véritablement et nous entrons alors dans une catégorie de phénomènes plus complexes.

L'interprétation de ces observations et d'autres analogues soulèverait un grand nombre de très intéres-

1. *Autom. psych.*, 230.

santes discussions psychologiques. J'ai essayé de les faire ailleurs et ne puis les reproduire ici. Il suffit d'en rappeler les conclusions. Il ne me semble pas possible d'expliquer ces faits par un pur mécanisme physique sans aucune intervention de pensée. Les arguments de Despine[1], qui est le principal représentant de cette conception, nous paraissent tous discutables. L'unité, la coordination de ces contractions musculaires, leur complication, leur relation indiscutable avec des impressions tactiles, auditives, ou visuelles, le choix, l'intelligence, en un mot, qui s'y manifestent constamment, me paraissent au premier chef des phénomènes psychologiques. S'il n'y a aucune sensation, ni aucune pensée, je ne comprends pas qu'un bras puisse garder la position délicate que je lui donne, distinguer l'attouchement de ma main, lui obéir et ne pas obéir aux autres, répéter des mouvements extérieurs qui ne peuvent être connus que par l'ouïe ou la vue, etc. Tous ces actes sont des actions d'une conscience, les conséquences d'une sensation, d'une vision, d'une audition, d'une préférence; c'est ici l'explication physique qui est mystérieuse et mystique, c'est l'explication psychologique qui est l'hypothèse la moins coûteuse et la plus scientifique.

Mais si l'existence de ces phénomènes de conscience est incontestable, leur nature est, au contraire, très difficile à concevoir. Il ne faut pas oublier, en effet, que la personne sur laquelle toutes ces expériences ont été faites exprime son opinion sur les phénomènes de catalepsie partielle. Elle déclare qu'elle n'a absolument rien senti, qu'elle n'a eu aucune pensée à ce sujet et que, si elle en avait, elle n'aurait pas pu les manifester, car elle ne peut absolument pas remuer son bras sans le voir. Nous ne pouvons pas mettre en doute sa parole, car elle nous affirme uniquement des faits bien

1. Despine, *Psychologie naturelle*, 1868, I. 490 et sq. *Étude scientifique sur le somnambulisme*, 1880.

connus et admis de tous. Elle nous dit seulement qu'elle est anesthésique du côté gauche et qu'elle a le syndrome de Lasègue, ce que nous croyons vrai. Eh bien, je ne dis pas qu'elle ment, je dis qu'elle se trompe et qu'elle ignore; j'affirme cette notion paradoxale qui maintenant commence à se répandre en psychologie, c'est qu'il y a dans l'esprit de cette personne des phénomènes psychologiques qu'elle ignore. Qu'il me soit permis de citer un passage d'un psychologue déjà ancien, M. L. Dumont, qui répétait d'ailleurs sur ce point les idées de Maine de Biran : « Les mots conscience et inconscience sont pris tantôt dans un sens relatif et tantôt dans un sens absolu. On dira, par exemple, qu'un phénomène est inconscient (afin d'éviter la confusion je dirais plutôt subconscient) pour exprimer l'idée que le moi n'en a pas conscience, mais sans affirmer par là que le phénomène n'est pas conscient en lui-même et pour son propre compte. La physiologie tend à établir qu'il s'accomplit ainsi dans l'organisme humain un nombre immense de faits de conscience qui sont, pour le moi, comme s'ils appartenaient à d'autres personnes[1]. » Ce sont de tels phénomènes que nous avons déjà été amené à supposer pour expliquer les caractères contradictoires de l'anesthésie et de l'amnésie : ils se manifestent maintenant par des mouvements extérieurs et leur importance dans la maladie de l'hystérie va grandir de plus en plus.

Ces phénomènes, tout en étant psychologiques, n'en ont pas moins, par le fait de leur isolement, des caractères très spéciaux[2]. Ils sont remarquablement simples, ne sont pas continuellement modifiés et arrêtés par d'autres faits qui se confondraient avec eux; ils obéissent aux trois lois fondamentales des phénomènes psychologiques isolés : 1° Ils sont toujours accompagnés

1. L. Dumont, *Théorie scientifique de la sensibilité*. 1877, 102.
2. *Autom. psych.*, 66.

par un mouvement extérieur ; 2° ils durent et persistent tant qu'ils n'ont pas été effacés par un autre phénomène ; 3° ils tendent à se développer et à se compléter. Ces trois lois rendent compte, je crois, des caractères qui ont été reconnus dans la catalepsie partielle, des attitudes, de la continuation du mouvement, des adaptations aux circonstances extérieures. Un seul point pourrait nous embarrasser, c'est la prolongation assez longue de semblables phénomènes et l'absence du sentiment de fatigue. Si je ne puis expliquer entièrement ce détail, au moins puis-je le faire rentrer dans un problème plus général : la disparition de la douleur dans les anesthésies. En général, il n'y a pas de douleur subconsciente, probablement parce que ces phénomènes subconscients sont trop simples, trop isolés pour donner naissance à cet état émotionnel complexe de tout l'individu, qui est une douleur ou un sentiment de fatigue.

Ce trouble du mouvement, comme les précédents, se rattache donc à la théorie générale des stigmates, il manifeste, non pas leur côté négatif, la perte, pour la conscience personnelle, d'une sensation, mais leur côté positif, la permanence dans l'esprit de toutes les sensations et de toutes les images sous la forme de phénomènes isolés et subconscients.

§ 4. — DIATHÈSE DE CONTRACTURE

Si Lasègue nous a fait connaître des caractères importants des membres anesthésiés, M. Charcot, depuis 1878 [1], et ses élèves ont décrit un nouveau stigmate du mouvement qu'il est nécessaire de rapprocher du précédent. Brodie, en 1837, et Duchenne avaient déjà été frappés de la fréquence des contractures dans l'hystérie ; M. Charcot, MM. Brissaud et Ch. Richet, 1880, puis

1. Charcot, *Mal. syst. nerv.* III, 416.

M. Paul Richer, 1883, ont montré que la fréquence de ces accidents avait sa raison d'être dans un état permanent des membres. Une hystérique qui n'a pas actuellement d'accidents et qui a tous ses mouvements libres est cependant continuellement dans un état « d'opportunité de contracture » ; elle a des « contractures latentes », comme disait M. Brissaud. La plus légère excitation suffit pour faire naître dans un membre cet état « d'impuissance motrice s'accompagnant d'un état de rigidité persistante et involontaire du muscle, sans modifications notables des réactions électriques et sans altération de texture de la fibre musculaire [1] ». C'est cette disposition permanente qui a été distinguée par M. Charcot sous le nom de diathèse de contracture.

Je suis bien loin de soutenir, ainsi que je l'ai déjà souvent répété, que tous les phénomènes hystériques soient des phénomènes purement psychologiques et, qu'en particulier, il n'y ait rien d'organique dans l'état de contracture. Il se peut fort bien, je ne discute même pas la question, qu'il y ait chez certaines hystériques une diathèse de contracture, dépendant d'une altération des muscles ou de la moelle. Je dis seulement, avec M. Paul Richer [2], qu'il y a beaucoup de contractures d'origine psychique, et dans le présent ouvrage, je ne m'occupe que de celles-là. Laissant de côté, pour le moment, les contractures accidentelles, je veux simplement montrer qu'il y a des phénomènes psychologiques dans la diathèse même de contracture, au moins telle qu'elle se présente chez un grand nombre de malades, et je pense qu'il suffit pour cela de la décrire en montrant comment elle se rapproche des faits précédents.

Ce phénomène a été très nettement et très justement rapproché des faits déjà connus de parésie et d'amyo-

1. Paul Richer, *Paralysies et contractures hystériques*, 1892, 2.
2. Paul Richer, *Op. cit.*, 101.

sthénie. Personne ne tombe plus aujourd'hui dans l'erreur vulgaire qui consiste à opposer la paralysie et la contracture comme deux termes contradictoires : on sait que ces deux phénomènes alternent l'un avec l'autre, se mélangent continuellement, se présentent dans les mêmes conditions et sont très voisins dans leur mécanisme. Dans leur note à la Société de biologie, MM. Charcot et Paul Richer disaient : « Les relations de la diathèse de contracture avec l'amyosthénie sont les mêmes qu'avec l'anesthésie ; on sait d'ailleurs que ces derniers symptômes vont habituellement de pair. Il n'est donc pas rare de rencontrer la diathèse de contracture en des membres considérablement affaiblis et dont l'affaiblissement confine à la paralysie [1]. » J'ajouterai qu'il en est de même pour les phénomènes d'aboulie : les hésitations de Marcelle s'accompagnaient d'une tendance très marquée à la contracture qui arrêtait souvent ses bras dans les positions les plus bizarres. Il en est encore de même pour tous les troubles du syndrome de Lasègue qui accompagnent presque toujours la diathèse de contracture. Ces constatations ne sont pas sans intérêt, car l'amyosthénie et le syndrome de Lasègue dépendent d'une absence d'attention et de conscience personnelle ; l'on comprend bien ainsi que l'absence d'attention amène l'absence de contrôle et favorise le développement des contractures. Mais je pense qu'il y a un nouveau rapprochement à faire qui n'a pas été fait suffisamment et qui est plus instructif. Il faut examiner les rapports qui existent d'une manière incontestable entre la diathèse de contracture et la disposition aux catalepsies partielles qui ont fait l'objet des études précédentes.

La contracture se développe dans les mêmes conditions que la catalepsie partielle ; elle apparaît à la suite d'une anesthésie tactile et musculaire absolument com-

1. D'après Gilles de la Tourette, *op. cit.*, 445.

plète. Chez Marie, par exemple, cette disposition à la contracture existe nettement du côté gauche anesthésique et non du côté droit sensible. Witm, que l'on peut considérer comme un type de cette diathèse, est anesthésique totale. Elle peut, comme je l'ai déjà dit, entrer dans un état particulier qui mérite le nom de somnambulisme complet et dans lequel elle récupère toutes les sensibilités. A ce moment, les catalepsies partielles disparaissent, mais, en même temps, on ne retrouve plus aucune trace de la diathèse de contracture. On peut, dans cet état, lui lever le bras en l'air sans qu'il y reste un instant, on peut aussi lui toucher la peau légèrement ou fortement, lui presser les muscles, aucune contracture ne se produit, et cela contraste étonnamment avec son état d'anesthésie pendant lequel la moindre excitation amène une contracture. Bien mieux, cette malade a souvent des contractures pendant la veille, provoquées soit artificiellement, soit naturellement par une attaque ou par un choc. Il n'est pas nécessaire de se donner beaucoup de peine pour les défaire, il suffit d'endormir le sujet, de le faire passer dans cet état de sensibilité complète. Aussitôt il remue ses membres lui-même et défait ses contractures spontanément, sans que l'on ait besoin d'y toucher. Il en est ainsi de Marie, de Lucie et de bien d'autres : la diathèse de contracture, comme la catalepsie partielle, accompagne l'anesthésie et disparaît avec elle.

Je sais bien qu'il y a quelques exceptions et que des contractures peuvent être provoquées même sur le côté sensible. Ce fait est rare, il ne se présente que chez des sujets qui, soit par leurs accidents antérieurs, soit par suite d'expériences, sont habitués à la contracture et il se rattache alors à une autre catégorie de phénomènes, les contractures produites par idée, par suggestion. La diathèse de suggestibilité n'est pas toujours identique à la diathèse de contracture.

Lorsque l'anesthésie existe, les circonstances qui pro-

voquent les contractures semblent fort différentes les unes des autres : le massage profond, le choc des tendons, le tiraillement des membres, leur flexion brusque, le froissement des nerfs, l'application d'un diapason vibrant, la faradisation, l'application d'un aimant, le souffle sur la peau, la bande d'Esmarch, etc., provoquent également ce phénomène[1]. Nous ne parlons pas de la suggestion, qui nous paraît un fait un peu différent. Toutes les autres provocations de la contracture ne sont diverses qu'en apparence; ce sont des excitations cutanées ou musculaires qui provoquent des sensations. Certains auteurs sont arrêtés dans cette étude par cette remarque que la sensation n'est pas perçue par le sujet[2]. Cela ne nous embarrasse plus et nous savons que de telles sensations existent parfaitement, quoique le sujet lui-même ne puisse en rendre compte. C'est exactement le même phénomène que l'on observe dans les catalepsies partielles. Les attitudes du bras sont ainsi provoquées, d'une façon indiscutable, par certaines sensations tactiles et musculaires que le sujet ne semble pas percevoir davantage.

La contracture est maintenant développée; il faut alors remarquer un détail sur lequel j'ai déjà eu l'occasion d'insister souvent[3]; les contractures peuvent être systématiques et donner exactement au membre l'attitude d'un membre catalepsié. Au cours d'une expérience sur les actes inconscients, j'avais suggéré à Léonie de prendre, à son réveil, une fleur dans un bouquet : elle le fit inconsciemment, mais au bout d'un instant elle jette les yeux sur ses mains et pousse un cri. La main gauche (la main anesthésique) était toute contracturée dans une position élégante, mais gênante, le pouce et l'index rapprochés et serrant une rose, les autres doigts légèrement courbés, mais également

1. Paul Richer, *op. cit.*, 55.
2. Pitres, *op. cit.*, I, 111, Paul Richer, *op. cit.*, 62.
3. *Autom. psych.*, 356, 358.

rigides. N. a eu, à la suite d'expériences sur la catalepsie partielle, les mains contracturées dans la position de la prière, etc. Les auteurs qui décrivent la catalepsie elle-même citent des malades qui restent immobiles dans une attitude systématique, mais qui sont contracturés; « le corps, raidi dans l'attitude de la prière, les genoux pliés et les mains jointes, pouvait être renversé sans changer de posture[1] ». Justine eut naturellement, dans différentes circonstances, les mains contracturées dans la position du pianiste qui fait une octave, la main gauche dans la position de tenir une ombrelle, etc. Nous en verrons beaucoup d'exemples en parlant des accidents. Il est juste de remarquer que, sauf quelques cas exceptionnels, ces contractures systématiques ne persistent pas longtemps sous cette forme. Les contractures, comme d'ailleurs tous les phénomènes subconscients, ont une tendance à se généraliser, elles sont envahissantes. Peu à peu, la contracture gagne tous les muscles du bras et le membre change alors d'attitude; il prend une position spéciale qui sera étudiée plus loin, toujours la même, déterminée par la puissance inégale des différents muscles antagonistes[2]. Cela n'empêche pas qu'au début, et quelquefois pendant un temps assez long, la contracture n'ait été systématique comme une attitude cataleptique.

Il semble cependant qu'il y a une grande différence entre les catalepsies partielles et les contractures. En général, et c'est la règle que j'ai indiquée à propos des catalepsies, il suffit que le sujet ait un renseignement quelconque sur la position de son bras, simplement par le sens de la vue, pour qu'il détruise l'attitude communiquée et retrouve immédiatement le libre usage de son membre. Dans les contractures, au contraire, le sujet a beau regarder son bras, il ne peut le bouger, ni

1. Saint-Bourdin, *op. cit.*, 1841, 53.
2. Paul Richer, *op. cit.*, 156.

modifier sa position. Je crois qu'une foule d'intermédiaires peuvent établir le rapprochement entre ces deux extrêmes. Chez Rose, l'attitude du bras gauche, tout en restant bien cataleptique puisque je puis la modifier à mon gré sans éprouver de résistance, perd un de ses caractères. Le sujet a beau regarder son bras, il ne peut pas le baisser, il n'en reprend pas la disposition. Chez d'autres, les choses vont plus loin; le bras levé en l'air à leur insu est d'abord cataleptique; mais au bout d'un certain temps, un quart d'heure pour Lucie, quelques minutes pour Justine, il devient de plus en plus raide. Non seulement le malade ne peut plus le bouger en regardant, mais moi non plus je ne peux plus le bouger quand j'y touche: la catalepsie partielle s'est peu à peu transformée en contracture. Chez S. même, la catalepsie partielle détermine une contracture qui gagne peu à peu et envahit tout le corps.

Il n'est pas toujours nécessaire que cette transformation se produise pour que l'on voie les analogies entre les deux phénomènes. On sait qu'une des conditions de la catalepsie partielle, c'est l'électivité. Quand elle manque, l'état cataleptique peut prendre l'apparence de l'état de contracture. Si une personne étrangère cherche à déplacer le bras gauche de Léonie que j'ai mis en l'air, elle va rencontrer une résistance étonnante; elle trouvera que le bras est raidi jusqu'à l'épaule et portera justement le diagnostic de contracture hystérique. Il est vrai que je n'ai qu'à toucher le bras pour la remuer dans tous les sens : ce bras est en contracture pour vous et en catalepsie pour moi.

Enfin, quand l'électivité est exaltée, quand une malade a été très souvent hypnotisée et dominée par un opérateur, ses contractures même naturelles, survenues, par exemple, à la suite d'attaques, se transforment, pour cet opérateur, en simples catalepsies. Léonie, Lucie, actuellement Marguerite viennent me présenter leur bras contracturé pour que je le défasse. Il me suffit, pendant

que le sujet détourne la tête, de déplacer doucement le bras et les doigts comme s'ils étaient cataleptiques. Le massage lui-même, d'ailleurs, que l'on emploie si heureusement pour les autres malades, semble avoir un effet identique, et provoquer plus brutalement de nouvelles images musculaires qui modifient les images trop persistantes.

Ces observations, que je ne puis discuter ici en détail, me semblent suffisantes pour rapprocher les deux phénomènes et leur donner une explication générale du même genre. M. Pitres [1] remarquait déjà fort bien que cette contracture n'est pas un phénomène uniquement musculaire, puisqu'il suffit de frotter la peau qui recouvre le tibia pour l'établir. J'irai seulement un peu plus loin dans le même sens. Ce n'est pas, au moins dans la majorité des cas, un réflexe purement élémentaire, puisque la contracture produit des attitudes systématisées avec coordination des diverses contractions musculaires; puisqu'elle alterne avec des catalepsies qui sont, elles, des phénomènes supérieurs; puisqu'elle obéit à des attouchements d'une personne déterminée et qu'elle manifeste de l'électivité. Il doit y avoir ici aussi un certain mécanisme psychologique. Si on laisse de côté quelques contractures purement organiques, dont je n'ai ni affirmé, ni nié l'existence, on peut dire d'une façon générale que les contractures d'origine psychique, les seules que j'aie étudiées, sont des phénomènes analogues aux catalepsies partielles. Elles sont dues également à des phénomènes subconscients, qui doivent être rapportés à des sensations et à des images kinesthésiques subsistant à part, isolément, en dehors de la conscience personnelle du sujet. D'un côté comme de l'autre, des excitations extérieures provoquent de telles sensations [2]. Celles-ci, en raison du rétrécissement de la

1. Pitres, *op. cit.*, I, 385.
2. Féré, *Sensation et mouvement*, 1887, 23.

conscience, de la distraction et de l'anesthésie, ne sont ni contrôlées, ni arrêtées par les autres phénomènes psychologiques et tendent à persister indéfiniment en se manifestant comme toujours par des mouvements extérieurs.

Une seule chose pourrait nous embarrasser, c'est que les actes subconscients, comme on l'a vu souvent, sont des actes faibles, exécutés avec continuité, mais sans énergie, car ils ne sont pas rattachés à ces émotions, à ces efforts d'attention qui provoquent les actions vigoureuses. Mais il ne faut pas se laisser aller à une illusion : les contractures, malgré leur apparence, sont aussi des actes faibles. Beaucoup d'auteurs et récemment M. Paul Richer, l'ont mis en évidence par beaucoup d'observations[1]. Autrefois, j'avais cherché à m'en rendre compte d'une manière plus élémentaire : j'avais glissé un dynamomètre dans la main gauche de Rose, au moment où la main se contracturait en flexion avec une force en apparence très grande : l'instrument fut pris et serré dans la contracture, mais il ne marqua que 9 ; sur une autre malade, j'ai obtenu 12, mais jamais plus. Or, ces chiffres sont précisément ceux que l'on obtient très facilement par des actes subconscients. Ils ne semblent pas indiquer qu'une force plus grande soit nécessaire dans les contractures.

Une autre difficulté peut être soulevée à propos de la durée de ces contractures. J'aurai plus tard des remarques à faire sur ce point et je montrerai que cette durée et cette permanence sont souvent illusoires, surtout quand il s'agira des contractures accidentelles produites sur des membres sensibles. Dans tous les accidents que l'on considère en clinique comme des contractures, les muscles sont loin de conserver une contraction absolument immuable. Il faut cependant

1. Brissaud et Regnard, *Soc. de biologie*, 1876. Pitres, *op. cit.*, 383. — Paul Richer, *op. cit.*, 121.

remarquer que, si le membre est bien anesthésique, la contracture est peu variable et ne présente pas, dans sa courbe enregistrée par des appareils, ces soubresauts et ces oscillations qui dépendent d'ordinaire de la fatigue[1]. Même dans ce cas, la contracture ne résiste pas indéfiniment; si on exerce sur un membre contracturé une traction continue, on voit le membre se détendre peu à peu. Cette permanence d'une contracture faible est donc toute relative, elle n'a rien de plus extraordinaire que la catalepsie continue d'un bras qui reste en l'air pendant une heure. Ici encore, c'est l'absence des phénomènes de douleur, de fatigue et d'émotion qui permet à la contracture de se prolonger jusqu'à épuisement de la force physique des organes. Cet épuisement, malgré l'absence du sentiment de fatigue, est si réel que toute contracture, comme toute catalepsie prolongée, est suivie d'un état parétique du membre.

Après avoir constaté les analogies, il ne faut pas cependant méconnaître les différences : la catalepsie et la contracture sont deux formes différentes d'actes subconscients. Dans la contracture, il semble que les images motrices soient encore moins conscientes, encore plus séparées de la perception personnelle du sujet qui est tout à fait incapable de les ressaisir. Ces images isolées sont moins disposées à se systématiser, à former des groupes autour d'une image prépondérante, elles manifestent moins d'électivité et reconnaissent moins bien le maître ordinaire; elles obéissent uniquement à des procédés plus brutaux, le massage, la traction continue : en un mot, elles sont moins intelligentes. Comme on le verra plus tard, l'obéissance cataleptique dépend d'un certain groupement intelligent des images subconscientes, d'un rudiment de seconde personnalité, Dans la contracture, ce groupement existe beaucoup moins ou même n'existe pas du tout.

1. Charcot, *Mal. du syst. nerv.*, III, 121.

C'est une autre forme, plus avancée, de la désagrégation psychologique.

Je n'hésite pas à avouer que ces dernières considérations sont fort hypothétiques : en dehors des cas de suggestion et de dressage évident, il est bien difficile de dire pourquoi l'acte subconscient se manifeste tantôt sous une forme, tantôt sous une autre. Une seule notion générale demeure évidente, c'est que ces altérations du mouvement sont, comme les précédentes, des conséquences des phénomènes subconscients et se rattachent, par conséquent, comme tous les autres troubles du mouvement aux stigmates mentaux de l'hystérie.

CHAPITRE V

LES MODIFICATIONS DU CARACTÈRE

L'étude du caractère des hystériques avait, pour beaucoup d'auteurs, une grande importance, car ils réunissaient sous ce titre tous les phénomènes psychologiques présentés par les malades. Ces phénomènes très nombreux ont déjà été l'objet dans ce livre de quelques études distinctes et seront encore analysés à propos des accidents et des idées fixes. Le caractère hystérique devient donc ici un sujet d'études beaucoup plus restreint et bien moins important. Je ne puis étudier sous ce titre que les modifications générales produites par les stigmates psychiques dans la pensée et dans la conduite.

Même pour faire cette étude restreinte, il faut prendre quelques précautions; le caractère dépend beaucoup de l'intelligence primitive des malades, du milieu où ils ont vécu et de leur éducation. L'hystérie peut frapper des personnes très différentes, des riches et des pauvres, des intelligentes et des sottes, des vertueuses et des vicieuses. Il ne faut pas mettre sur le compte de la maladie des traits de caractère qui auraient été exactement les mêmes si la maladie n'était pas survenue. Il ne faut donc décrire que les modifications du caractère, les transformations que la maladie a visiblement amenées avec elle dans la conduite des malades. Il faut encore se garder d'un autre dan-

ger : l'hystérie expose les malades à de nombreux accidents mentaux, surtout à des idées fixes et à des impulsions. Ces phénomènes tout accidentels, extrêmement variables d'un sujet à l'autre, ne sont pas des traits de caractère et dépendent moins de la maladie elle-même que de certaines circonstances extérieures. Je tâcherai d'éviter ces deux dangers en décrivant l'intelligence, la volonté et la sensibilité de ces malades. Je crois qu'après les études précédentes il faut insister très peu sur l'intelligence et la volonté et décrire plus complètement les émotions et quelques faits particuliers auxquels la tradition accorde une certaine importance.

§ 1. — MODIFICATIONS DE L'INTELLIGENCE ET DE L'ACTIVITÉ

« Après de nombreuses attaques, dit Briquet, la plupart des hystériques éprouvent dans leur intelligence des altérations; elles perdent de leur mémoire, leur faculté de s'appliquer diminue notablement; elles deviennent incapables d'une attention quelque peu soutenue... Quelques-unes deviennent pesantes et ont perdu notablement de leur intelligence [1]. » Quelles que soient les illusions que puissent causer la vivacité apparente et même quelques facultés brillantes plus ou moins sauvegardées, je crois que l'opinion de Briquet est juste dans sa généralité. Non seulement après de nombreuses attaques, mais à peu près dès le début de la maladie, l'intelligence des malades est amoindrie. Bien entendu, cet amoindrissement est tout relatif et ne peut être apprécié que par les personnes qui ont antérieurement bien connu les malades.

Cette diminution porte principalement sur un élé-

1. BRIQUET, *op. cit.*, 384.

ment spécial de l'intelligence, le pouvoir de progresser et d'acquérir des notions nouvelles. Ce n'est que peu à peu et très tard que les hystériques rétrogradent véritablement ; mais, dès le début, elles cessent de se développer. Toute instruction est arrêtée, quel que soit l'âge du sujet. Louise, jusque-là excellente élève de sa pension, cesse de pouvoir rien comprendre et rien apprendre vers l'âge de 11 ans ; depuis 3 ans, elle a traversé diverses périodes de sa maladie, mais n'a pas récupéré le pouvoir de s'instruire ; si elle ne guérit pas, son instruction sera définitivement arrêtée à l'âge de 11 ans. Il en est de même pour toutes les autres, mais à différents âges, et cet arrêt, cette fixation de l'esprit à une date ne contribue pas peu à donner aux malades leur aspect spécial, et à produire en général chez elles cet esprit enfantin que nous allons remarquer dans toute leur conduite.

Cette incapacité d'instruction nouvelle est liée à des phénomènes qui ont été longuement étudiés, par exemple à la difficulté ou à l'impossibilité de l'attention. Il est inutile de revenir sur leur façon d'écouter ou de lire, sur la difficulté qu'elles éprouvent à comprendre une notion nouvelle, sur leurs distractions perpétuelles et vraiment spécifiques. Elle dépend encore de leurs amnésies continues qui existent à un certain degré chez presque toutes les malades, de l'hésitation avec laquelle elles perçoivent et saisissent les événements nouveaux, de leurs doutes, de leurs étonnements, en un mot, de tous les affaiblissements de la synthèse intellectuelle.

Par une sorte de contraste perpétuel dans l'hystérie, tous les phénomènes d'automatisme intellectuel sont, au contraire, exagérés. Toutes les fois que, par exception, elles arrivent à comprendre une idée nouvelle, ou quand elles se souviennent d'une idée ancienne, cette pensée prend dans leur esprit un développement énorme. J'ai décrit autrefois, en étudiant le caractère

des individus suggestibles [1], la manière singulière dont Lucie racontait une histoire : elle ne tardait pas à voir devant elle le tableau des événements qui se déroulaient sur le mur. Au lieu de raconter, elle décrivait avec des exclamations naïves comme en ont les enfants au spectacle. Renée remarque sur la peau de sa joue des petits points noirs, des tannes; on lui dit que ce sont des petits vers. Depuis, elle a pendant un mois un spectacle horrible devant les yeux : elle voit devant elle un morceau de sa joue saignant et dévoré par des asticots. Berthe ne peut penser à une personne sans la voir et l'entendre parler. Quand il lui arrive de bien comprendre ce qu'on lui dit, elle a une crédulité énorme qui nécessite même des précautions. Une personne la voyant manger lentement son déjeuner lui dit en riant : « Tu as donc empoisonné ta soupe. » Et la voici poursuivie par l'idée du poison et se demandant si elle s'est empoisonnée ou si elle a empoisonné les autres. Ces faits seront étudiés avec plus de détails à propos de la suggestion [2]; il suffit de les signaler ici.

Mais il existe une manifestation de l'automatisme intellectuel plus importante pratiquement que toutes les autres, c'est la tendance à rêver sans cesse. Les hystériques ne se contentent pas de rêver énormément la nuit, elles rêvent toute la journée. Qu'elles marchent, qu'elles travaillent ou qu'elles cousent, elles ne sont jamais entièrement à ce qu'elles font. Toujours elles ont en tête une histoire interminable qui se déroule en spectacles visuels ou qui se raconte par la parole intérieure. Vous croyez que Justine vous écoute pendant que vous lui parlez et tout d'un coup vous l'entendez

1. *Autom. psych.*, 206. J'ai décrit dans ce chapitre tous ces phénomènes avec beaucoup plus de détails et d'autres exemples.
2. Cf. La suggestion chez les hystériques, conférence faite à la Salpêtrière. *Archives de neurol.*, novembre 1892. La suggestion sera étudiée dans le second volume de cet ouvrage, ayant pour sujet « les accidents mentaux de l'hystérie.

murmurer tout bas : « Non, Monsieur, vous êtes un sauvage... » Quand on la secoue, elle s'excuse et raconte qu'elle pensait à un affreux sergent de ville qui avait voulu enlever un petit chien pour le conduire à la fourrière. Berthe me fait sans cesse répéter ce que je lui dis et ajoute : « Ce n'est pas ma faute, je n'y étais plus, je croyais que je déterrais maman et je me voyais avec elle dans les nuages. » Ses yeux semblent lire un livre, mais la tête raconte une autre histoire : « Quand je mourrai, j'aurai un petit bouquet blanc sur mon petit tombeau..., les fleurs parlent, ce sont des personnes bien douces, je causerai avec elles, car elles ne sont pas méchantes... » Et voilà ses larmes qui coulent sur un livre qui était fort gai et qui n'en peut mais. Il est certain qu'il n'est pas facile de comprendre ce qu'on lit, quand on se raconte des histoires semblables.

Quelquefois ces rêveries n'ont pas de suite, ce sont des images variables, incohérentes, qui défilent comme les couleurs d'un kaléidoscope, mais souvent elles ont une certaine unité fort vague. C'est toujours la même histoire monotone que la malade reprend au point où elle a été interrompue ou qu'elle recommence sans cesse. Que cette histoire soit heureuse ou pénible, peu importe, elle devient agréable à ces esprits fatigués, parce que c'est une rêverie facile : « Que je suis malheureuse... Cette idée est affreuse, mais elle me berce, et je suis prête à disputer quelqu'un qui voudrait me l'enlever ; laissez-moi penser à mon petit tombeau, cela me fait tant de plaisir... » Quand les rêveries arrivent à se systématiser ainsi, elles deviennent plus dangereuses et ne tardent pas à se transformer en idées fixes. La prédisposition aux idées fixes dont nous voyons ici le germe est un des grands traits de l'intelligence hystérique.

Il faudrait décrire ici les modifications parallèles que présente l'activité si nous n'avions pas insisté longuement sur l'aboulie des hystériques. Le défaut de vo-

lonté donne aux hystériques un aspect général qui rentre seul dans notre étude actuelle. Elles deviennent indifférentes à tout et se laissent conduire comme des enfants : un mari constatait que sa femme devenait trop docile et que ce n'était pas normal. Elles cessent de travailler spontanément, mais, pendant quelque temps, font encore quelque chose quand on les dirige incessamment. Elles sont semblables à ces arriérés dont parle M. Bourneville « qui sont incapables de travailler avec un peu d'esprit de suite lorsqu'ils sont libres, mais peuvent être utilisés quand ils sont soumis à une discipline [1] ». Cette obéissance chez les hystériques ne donne guère de résultats, car elles ne font plus rien sérieusement, elles n'ont plus aucune persévérance [2] et abandonnent une entreprise à la plus petite difficulté nouvelle. Elles ne savent plus adapter le présent à l'avenir et, dans leur imprévoyance, elles rétrécissent pour ainsi dire l'existence humaine au moment présent.

Pour ne pas revenir sur des faits connus, je ne signalerai ici qu'une seule des grandes conséquences de l'aboulie, c'est l'*ennui*. « L'ennui est une peste que l'on cherche à éviter dans la société et que plus d'un infortuné rencontre partout, même au milieu du monde. C'est le vide de l'âme, l'extinction de toute notre activité et de toute notre vigueur, un appesantissement, une paresse, une lassitude, un engourdissement, un dégoût et, ce qu'il y a de pis, un coup mortel porté à l'intelligence et à toutes les sensations agréables [3]. » L'ennui vient parce que l'on n'a ni le pouvoir ni la volonté de sentir, « parce que l'on a la tête assez vide pour chercher partout des divertissements et l'esprit

1. Bourneville, Les enfants arriérés. *Arch. de neurol.*, 1892, II, 149.
2. M. Huchard, Mœurs des hystériques, *Arch. de neurol.*, 1882, I, 199.
3. Zimmermann, *De la solitude*, 1840, 19.

trop émoussé pour en trouver nulle part[1] ». N'est-ce pas une description parfaite des hystériques? Nous ne serons pas étonnés de trouver chez elles le véritable ennui, celui qu'aucun amusement ne peut dissiper et qui est une maladie de l'esprit faite de désir et d'impuissance.

En même temps que l'aboulie, se rencontre toujours le phénomène en apparence opposé, l'exagération de l'activité automatique, la durée indéfinie d'une action une fois commencée. « Il s'avisa, raconte J.-J. Rousseau dans ses *Confessions*[2], de me proposer d'apprendre les échecs qu'il jouait un peu. J'essayai presque malgré moi, et, après avoir tant bien que mal appris la marche, mon progrès fut si rapide qu'avant la fin de la première séance je lui donnai la tour qu'il m'avait donnée au commencement. Il ne m'en fallut pas davantage, me voilà forcené aux échecs : j'achète un échiquier, j'achète le calabrais, je m'enferme dans ma chambre, j'y passe les jours et les nuits à jouer seul sans relâche et sans fin. » Qui n'a pas vu des malades se mettre, comme on dit, une idée en tête, lire indéfiniment un roman en plusieurs volumes sans en passer une ligne et sans en comprendre un mot, travailler à la couture avec entêtement nuit et jour, après être restées des semaines sans rien faire, etc.[3]. Il y a là aussi le germe de ces idées fixes et de ces impulsions que nous aurons à étudier comme l'un des principaux accidents de l'hystérie.

§ 2. — LES ÉMOTIONS

Les lacunes de la psychologie normale ont naturellement de fâcheuses conséquences pour la psychologie

1. ZIMMERMANN, *op. cit.*, 23.
2. J.-J. ROUSSEAU, *Confessions*, I, 395.
3. Voir des exemples, *Autom. psych.*, 209.

pathologique : l'émotion est un des phénomènes moraux les moins connus et ses modifications sont bien difficiles à déterminer.

Une des notions les plus nettes qui aient été acquises récemment sur ce point a bien été mise en lumière par les travaux de M. William James[1]. L'émotion n'est pas un phénomène simple, une manifestation de la faculté de la sensibilité, comme on disait autrefois, c'est un ensemble d'une grande quantité de phénomènes élémentaires, un état de conscience complexe : « Plus on y songe, disait Guyau, plus on est effrayé de la complexité de ce qu'on appelle un état de conscience et du nombre indéterminable de sensations simultanées qu'il suppose[2]. » Pour être ému, et surtout pour être ému d'une certaine manière, il faut avoir dans la conscience les sensations de toutes sortes d'altérations momentanées qui ont lieu dans tous les organes. Les appareils respiratoires, le cœur, la peau, les viscères, la vessie elle-même « ce miroir de l'âme », suivant le mot d'un chirurgien, sont modifiés d'une manière spéciale dans toute émotion; sentir cette émotion, c'est sentir toutes ces modifications; que l'on ajoute à ces sensations les images du souvenir qui ressuscitent, les mouvements de toute espèce qui sont commencés, produits ou arrêtés, et on aura la notion de cette complexité d'un état émotif.

S'il en est ainsi, je puis appliquer aux émotions les remarques que j'ai déjà si souvent signalées sur les synthèses psychologiques. Il faut, pour les émotions comme pour les sensations, les souvenirs et les actes, distinguer les synthèses actuelles et nouvelles dans lesquelles doit être exécutée consciemment une combinaison nouvelle de sensations et d'images très complexes qui n'ont pas encore été présentées de cette manière et les répétitions plus ou moins automatiques des synthèses anciennes.

1. William James, What is an emotion. *From Mind*, 1884, et *The principles of psychology*, 1890, II, 442.
2. Guyau, *la Genèse de l'idée de temps* , 1890, 18.

Il y a des émotions incessamment nouvelles, différant sans doute les unes des autres par des nuances et que nous pouvons percevoir, c'est-à-dire rattacher à notre personnalité à propos de chaque situation nouvelle, et des émotions anciennes autrefois constituées et qui se répètent aujourd'hui sans rapport avec la situation présente. Ces notions ne sont pas purement théoriques, elles correspondent à des faits que l'on peut observer chez les malades.

Sans vouloir rechercher le paradoxe, je crois pouvoir dire que les hystériques ont en réalité moins d'émotions qu'on ne le croit généralement et que leur caractère principal est ici, comme toujours, une diminution des phénomènes psychologiques. Ces malades sont, en général, fort indifférentes, au moins pour tout ce qui ne se rattache pas directement à un petit nombre d'idées fixes.

Chez Renée, on a vu disparaître peu à peu le goût de la parure, la coquetterie, la vanité même. Chez d'autres, l'amour de la propriété n'existe plus, elles perdent tout ce qui leur appartient et ne s'en préoccupent pas. Berthe, autrefois très peureuse, s'étonne elle-même de son calme; elle va et vient la nuit, regarde des ossements qui l'effrayaient jadis et me demande : « Pourquoi cela ne me fait-il plus rien? » Maria surtout est très curieuse à ce point de vue. Elle ne s'intéresse plus en aucune manière aux choses ni aux gens; accablée de malheurs, conséquences de sa maladie, et réduite à la dernière misère après avoir été dans l'aisance, elle ne s'aperçoit pas que sa situation est grave. Elle perd de l'argent; quand il ne lui reste plus que quelques sous, elle égare ses vêtements, conserve à peine la robe qu'elle a sur le corps et ne s'en émotionne aucunement. Il faut remarquer qu'elle est cependant encore intelligente et qu'elle pourrait calculer cette situation; elle le fait peu, mais assez pour s'étonner elle-même de son indifférence : « Autrefois, je tenais tant à mes affaires, main-

tenant tout m'est égal. » Mais il faut remarquer chez cette même malade quelques faits bien plus caractéristiques encore. Autrefois, elle aimait son mari et s'en montrait surtout fort jalouse, elle adorait ses deux enfants. Depuis qu'elle est malade, elle a peu à peu abandonné ses enfants qui ont été élevés par ses sœurs et elle a fini par quitter son mari. Depuis trois ans, au lieu de sa vie heureuse de jadis, elle traîne à Paris l'existence la plus misérable. Pas une fois elle ne s'est préoccupée de son mari ou de ses enfants; elle a appris indirectement la mort de son mari : « C'est drôle, cela ne m'a rien fait du tout, je n'en ai pas été affligée, mais je vous assure que je n'en ai pas été contente non plus... Cela m'est égal, voilà tout. — Et si je venais vous dire que votre petit Louis (son enfant préféré autrefois) vient de mourir? — Qu'est-ce que vous voulez que cela me fasse? Je l'ai oublié. »

Une autre observation va préciser encore le caractère de cet état. De temps en temps, comme cela arrive chez toutes les hystériques, Maria sort momentanément de son état de faiblesse psychologique. Grâce au repos, à l'alimentation, à la suite de sommeils prolongés, elle perd ses stigmates, retrouve la sensibilité tactile et musculaire, les souvenirs, etc. On assiste alors à un singulier spectacle. Voici cette pauvre femme au désespoir, réclamant son mari, ses enfants, sa maison. Personne ne peut la renseigner; alors elle pleure, refuse de manger, parle de suicide. On la croirait bien plus malade, alors que précisément elle commence à aller mieux. J'ai souvent remarqué ce fait, en essayant de traiter les aliénés : la première lueur de raison, la lutte contre leurs rêves, les bouleversent et leur amènent des troubles en apparence beaucoup plus graves que leur maladie calme antérieure. Maria est ainsi désolée de l'abandon de ses enfants, honteuse de toutes ses fautes, épouvantée de sa misère, jusqu'à ce que l'état hystérique revienne avec ses insensibilités et son indifférence. Il y a là une véritable apathie

psychologique, une psychapathie, si l'on peut ainsi dire, qui mérite d'être rattachée aux stigmates qu'elle accompagne.

A propos de cette indifférence de Maria pour son mari et ses enfants, je désire signaler incidemment un petit fait qui m'a beaucoup frappé, mais que je signale avec toutes sortes de réserves comme une observation curieuse à laquelle je ne donne aucune portée générale. Il a été nécessaire de pratiquer chez Maria l'examen vaginal pour une métrite, et cet examen m'a permis de constater deux caractères psychologiques qui sont frappants pendant les périodes de grande psychapathie. 1° Elle n'a absolument aucune pudeur, quoiqu'elle ait reçu une éducation délicate; elle n'est pas obscène, elle est profondément indifférente; 2° elle est absolument anesthésique des parties génitales et, probablement depuis fort longtemps, elle n'a pas la moindre notion de ce qu'on appelle le sens génital. J'ai surpris des conversations bizarres sur ce point. D'autres femmes soutenaient devant elle que le plaisir était nécessaire pour la fécondation. « Mais, dit Maria, j'ai eu des enfants et je ne sais pas encore pourquoi on prétend qu'il y a là un plaisir. »

Examinons maintenant les mêmes faits dans l'autre période que j'ai signalée. Constatant que la sensibilité revenait sur tout le corps, j'ai voulu vérifier s'il y avait une modification semblable sur les parties génitales. La vérification a présenté une difficulté imprévue, car la pudeur de cette malade était devenue très délicate. La sensibilité génitale, comme je m'y attendais, était complète et, à ce même moment, Maria pleurait son mari et ses enfants. Que l'on interprète l'observation comme on voudra, je n'insiste que sur une seule chose : Les sentiments de famille, les émotions affectives, la pudeur et la sensibilité génitale disparaissent et réapparaissent simultanément chez cette femme. Lequel de ces phénomènes amène les autres à sa suite? La sensi-

bilité génitale est-elle un centre autour duquel les autres synthèses psychologiques se construisent? Je ne veux tirer aucune conclusion. Il faudrait rencontrer beaucoup de faits du même genre et les mieux analyser que je n'ai pu faire pour entreprendre l'étude de ces émotions.

C'est là, sans doute, un cas fort exagéré et c'est pour cela que je l'ai choisi; mais si on examine les autres malades à ce point de vue, on verra plus souvent qu'on ne le croit des faits semblables. Les hystériques perdent surtout rapidement les sentiments sociaux, les émotions altruistes, peut-être parce qu'elles sont les plus complexes de toutes. Berthe, qui a conservé quelque temps de l'affection pour son frère, finit par s'en désintéresser complètement; elle se plaint elle-même de ne plus pouvoir aimer sérieusement. Marcelle, dès le début de sa maladie, se séparait de tout le monde. On a remarqué très vite qu'Isabelle voulait s'isoler, Toutes, en effet, arrivent très vite à une sorte de sauvagerie, de misanthropie qu'elles essayent en vain de dissimuler. Elles veulent, disent-elles, penser toutes seules; et en effet leur penchant à la rêverie entre pour quelque chose dans leur isolement. Mais, en réalité, elles n'aiment pas la société, elles perdent peu à peu leurs amitiés et leurs affections. Durant leur maladie, elles sont ordinairement incapables d'acquérir des sentiments sérieux de reconnaissance et de sympathie. En exceptant la passion somnambulique qui est un phénomène tout spécial, elles oublient les personnes en quelques instants et en réalité ne les ont jamais aimées.

Il est bien évident qu'il y a ici, comme toujours, des variantes et des degrés selon la gravité de la maladie. Au début, Marcelle garde ses affections anciennes, mais ne peut faire la connaissance de personnes étrangères. D'autres auront simplement de la peine à comprendre les personnes qui les entourent, à pénétrer leurs sentiments, à sympathiser avec elles. « C'est étonnant, répète

Berthe à chaque instant, combien le monde est changé; autrefois je rencontrais souvent des personnes bonnes et affectueuses, maintenant je n'en vois plus jamais. » Elle ne se figure pas qu'elle paraphrase un mot de Rousseau : « Pourquoi faut-il qu'ayant trouvé tant de bonnes gens dans ma jeunesse, j'en trouve si peu dans mon âge mûr? Leur race est-elle épuisée[1] ? »

Cette disposition générale plus ou moins développée explique un caractère qui est bien connu : c'est l'égoïsme des hystériques. Despine l'avait déjà bien remarqué dans son observation d'Estelle. « Cette jeune fille, dit-il, ne s'occupe que d'elle; elle ne s'occupe des autres que par rapport à elle, ou bien elle ne le fait que par complaisance et toujours avec répugnance et fatigue, parce que le moi est le mobile de toutes ses actions[2]. » « C'est toujours leur personnalité qui domine, disait plus tard M. Huchard, leur moi qui est en jeu; c'est qu'elles sont souvent égoïstes, ne pensant qu'à elles, à leurs petites comme à leurs grandes misères[3]. » Cet égoïsme se manifeste de diverses façons; c'est lui qui se joint à ce besoin de soutien moral qu'elles éprouvent toutes et qui crée leur vanité, leur besoin d'être remarquées, d'être écoutées, d'être dirigées.

Il est vraiment curieux de voir leur personnalité si faible, leur moi si incomplet jouer un si grand rôle et absorber toutes les forces de leur intelligence. Cela s'explique néanmoins. Aimer autrui, c'est-à-dire comprendre autrui, c'est en réalité une activité mentale de luxe. Il faut, pour y parvenir, ajouter à la synthèse de nos propres phénomènes psychologiques ceux des autres et construire dans notre pensée une synthèse plus vaste que celle de notre propre personnalité. Ces pauvres êtres n'arrivent pas à se comprendre eux-mêmes, ils n'ont pas assez de force pour construire complètement

1. J. J. Rousseau, *Confessions*, I, 267.
2. Despine (d'Aix), *op. cit.*, 40.
3. M. Huchard, Mœurs des hyst. *Archiv. de neurol.*, 1882, 1 202.

leur propre personnalité : aussi est-il bien naturel qu'ils n'essayent pas de s'assimiler celle des autres. L'égoïsme est, chez les hystériques, un résultat de la faiblesse mentale, de la diminution de toutes les émotions sympathiques.

Nous sommes déjà accoutumés aux contrastes que présente l'état mental des hystériques, aussi ne serons-nous pas très surpris d'apprendre que ces malades apathiques, inémotionnables, sont en même temps, à un autre point de vue, extrêmement excitables et susceptibles d'émotions très exagérées. Chez certaines malades, la susceptibilité est en effet énorme ; un accident quelconque, un mot, un regard provoquent un bouleversement tout à fait disproportionné. Witm. et Marguerite se fâchent pendant des semaines entières, parce que, disent-elles, on les a regardées de travers. Célestine a des colères terribles. Louise sursaute de terreur et pleure dès qu'elle entend quelqu'un entrer. Berthe a des désespoirs inconsolables, etc.

Ces émotions, dont il faut reconnaître l'existence, ont, à mon avis, des caractères bien nets qui les séparent des émotions normales.

1° Elles sont très exagérées dans leurs manifestations ; la facilité avec laquelle on les modifie par une distraction, le peu de traces qu'elles laissent d'ordinaire dans l'esprit nous montrent qu'il y a souvent bien peu de sentiment réel au-dessous de ces grands cris et de ce désespoir [1].

2° Quand l'émotion est réelle, elle n'est pas en rapport suffisant avec la circonstance qui l'a provoquée, elle est disproportionnée, sans nuances, sans justesse. Au lieu de changer incessamment suivant les mille incidents de la vie, elle a une régularité mécanique et reste toujours la même. Quand nous sommes irrités contre quelqu'un, nous pouvons l'être de cent ma-

1. *Autom. psych.*, 214.

nières différentes, qui se traduisent un jour par un geste, un jour par telle ou telle parole, un autre jour par des coups. Quand Célestine se met en colère, ce n'est pas si compliqué, elle a toujours et partout la même colère. Rougir, crier très fort, dire des injures, toujours les mêmes, frapper les gens à coups de poing et casser quelques carreaux, c'est absolument réglé. Quelquefois ce défaut d'adaptation de l'émotion aux circonstances est encore plus net et les malades ont des sentiments contradictoires inverses de ceux qu'ils devraient éprouver dans la réalité. Renée se met à pleurer quand elle devrait être heureuse; elle éprouve le besoin de dire des choses désagréables aux personnes qu'elle aime le plus, ou elle se prend à caresser ceux qu'elle déteste. Il semble qu'il y ait un mécanisme qui règle tout ce développement des émotions et que ce mécanisme soit troublé comme dans les phénomènes de l'allochirie ou de l'étérocinésie.

3° Chez une même malade, les émotions différentes sont très peu nombreuses. Il semble que chacune ait la sienne, toujours la même. Louise est une peureuse : toutes les impressions, quelles qu'elles soient, amènent la peur. Célestine est une coléreuse, toute excitation, une surprise, une mauvaise nouvelle, aussi bien qu'une réprimande, provoquent une colère ou plutôt sa colère. Que l'on essayé d'émotionner Berthe de diverses manières, par une douleur, une surprise, une moquerie, etc., elle réagira toujours de la même manière, par une sorte de désespoir qui est son état émotionnel à elle. Elle pâlit, pleure, étouffe, gémit ces paroles : « Que je suis malheureuse! Quel être inférieur je suis! Pourquoi vivre encore? je suis maudite. » Et ce sera toujours la même chose, on dirait qu'elle récite une leçon.

Et, en effet, elle récite : son émotion n'est pas une émotion actuelle, ce n'est pas une synthèse de phénomènes créée par son esprit au moment où je lui parle

et en rapport avec le mot que j'ai prononcé. C'est une émotion ancienne construite peu à peu à la suite de ses malheurs de famille et de ses chagrins trop réels. Cette émotion s'est systématisée, et elle est toute prête à fonctionner maintenant, à tort et à travers. Il y a, en un mot, des émotions automatiques comme des actes automatiques, et celles-ci, comme toujours, sont conservées et exagérées chez les hystériques. Il est juste d'ajouter que cette exagération de l'émotion ancienne tient au caractère général de l'esprit des hystériques, au rétrécissement du champ de leur conscience qui les oblige à avoir sans cesse des idées isolées, sans pensées antagonistes, sans contrepoids. « Une impression donnée, disait justement M. Laurent, venant effacer brusquement les idées antérieurement existantes, l'hystérique se trouve dans la situation d'un homme qui apprend tout d'un coup, ou voit quelque chose à quoi il ne s'attend pas. Cette impression chasse les autres idées et, dominant l'intelligence, cause selon sa nature l'étonnement, la peur, la joie sans être contre-balancée par rien[1]. » Nous verrons avec plus de précision, en étudiant les suggestions, cette puissance que prend un phénomène automatique grâce à la faiblesse présente de la perception personnelle.

Après avoir remarqué ce caractère général des émotions qui subsistent chez ces malades, il faut voir sous quelles formes particulières elles se présentent le plus souvent, quelles sont les espèces d'émotions les plus fréquentes. Presque toutes les émotions simples, la joie, la gaieté, la surprise, la peur, etc., peuvent se développer, surtout chez celles qui ne sont pas assez malades pour ne plus comprendre du tout les situations nouvelles, et chacune de ces émotions envahira totalement l'esprit, avec cette exagération et cette ré-

1. L. Laurent, De l'état mental des hystériques. *Archives cliniq. de Bordeaux*, sept. 1892, 4.

gularité. Mais il faut reconnaître que les émotions tristes, déprimantes, sont de beaucoup les plus fréquentes. On a souvent signalé une distinction assez juste entre l'hystérie de l'homme et celle de la femme. On représente la femme hystérique comme agitée, remuante, gaie, riant aux éclats, faisant mille folies, et l'homme, au contraire, comme plus triste, plus mélancolique et inerte. Les choses se présentent le plus communément de cette manière, et il est certain que l'hystérie de l'homme, « ce renversement des lois constitutives de la société », selon Briquet[1], est plus pénible, plus cruelle que celle de la femme. Un homme souffre plus de cette inertie, de cette destruction de toute force vive, et son affaiblissement moral étonne davantage.

Mais, derrière cette différence apparente, il y a un fond de ressemblance, et l'hystérie est toujours la même. C'est la mélancolie et la tristesse qui sont les sentiments dominants chez les femmes comme chez les hommes. Toutes les malades dont j'ai parlé sont tristes et désespérées; l'ennui continuel, le dégoût de la vie, la peur, les terreurs, l'extrême désespoir, voilà ce qu'elles expriment toutes continuellement. Les éclats de gaieté folle sont des accidents au milieu d'une tristesse très monotone. Elles justifient une pensée souvent exprimée par les philosophes, et reprise récemment par M. Féré, « la sensation de plaisir se résout dans une sensation de puissance, et la sensation de déplaisir dans un sentiment d'impuissance[2] ». J'irai même plus loin; et, malgré la vanité hystérique qui existe quelquefois, mais dont on a fort abusé, je dirai qu'elles sont très souvent humbles, incapables de rien affronter, découragées pour un rien, et comme honteuses. Celles qui ne s'aperçoivent pas du tout de leur état

1. Briquet, *op. cit.*, 101.
2. Féré, *Sensation et mouvement*, 64.

sont les plus rares; la plupart ont reconnu avant nous qu'elles avaient perdu toute volonté et tout sentiment, et elles sont dégoûtées de leur existence misérable. « Je me trouve folle, cela m'ahontit, » dit l'une. « Je suis bête, ce n'est pas la peine que l'on me connaisse comme cela, » dit une autre. Et toujours le même refrain : « Je n'étais pas ainsi autrefois. » Ces caractères sont peut-être moins pittoresques, mais ils sont plus vrais que ceux de la légende.

Un autre groupe d'émotions dérive de leur égoïsme; très préoccupées de leur faible personne, elles réclament tous les soins et tous les égards, elles demandent à autrui la force morale qu'elles n'ont pas en elles-mêmes, et se trouvant toujours impuissantes, elles se croient toujours négligées. Elles se représentent avec peine la force, le bonheur d'autrui, et sont extrêmement jalouses, très irritables et très colères. La jalousie, cette grande passion des petits esprits, fait le tourment continuel des hystériques, elle est un complément presque nécessaire de la passion somnambulique que nous avons déjà signalée. Il y a quelquefois chez elles une véritable souffrance à la pensée du plaisir d'autrui. Je signale seulement toutes ces perturbations morales qui sont très curieuses et probablement très régulières comme tous les phénomènes de l'hystérie. Leur étude formera plus tard le point de départ de la morale, aujourd'hui la psychologie n'est pas encore capable de les analyser.

§ 3. — QUELQUES DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Je n'ai décrit que des traits généraux et simples du caractère, qui peuvent produire, par leurs combinaisons et sous l'influence de circonstances déterminées, toutes sortes d'attitudes et d'actes particuliers. Il est impossible d'entrer dans cette description, qui se rap-

procherait plutôt du roman de mœurs que de la clinique médicale. Mais les hystériques, ayant attiré l'attention depuis longtemps, ont une réputation et une légende, et on leur prête certaines conduites spéciales comme tout à fait caractéristiques. Il est nécessaire de dire ce que je crois juste dans ces récits, et je le ferai en peu de mots.

Après avoir accusé les hystériques de tous les crimes de la sorcellerie, et leur avoir reproché de cohabiter tous les samedis avec le diable déguisé en bouc, on a longtemps conservé un souvenir vague de ces superstitions, et on a soutenu que ces malades avaient un caractère éminemment érotique. Cette croyance se rattachait à la théorie utérine de l'hystérie dont Briquet a fait si bonne justice. Aujourd'hui, cette querelle étant terminée, on peut examiner les choses de sang-froid. L'érotisme existe, à mon avis, dans l'hystérie comme toutes les idées fixes possibles. J'ai recueilli 4 observations sur 120, où il joue un rôle tout à fait prédominant. Cela n'a rien de bien étrange, les passions amoureuses, les désirs sexuels, doivent exister chez ces personnes, la plupart jeunes, absolument comme chez les autres. Les hystériques entendent parler d'amour, en voient et en lisent des descriptions, pourquoi leur esprit, si prompt à s'impressionner, si docile à toutes les influences, résisterait-il à celle-là ? Dans le délire hystérique surtout, dont je parlerai plus tard, les malades parlent très souvent d'amant, de mari, de viol, de grossesse, etc., mais on ne peut mettre dans son délire que ce que l'on a dans l'esprit. Ces choses sont la grande préoccupation des personnes de cet âge et quelquefois des autres ; il est tout naturel qu'elles les manifestent dans leurs rêves. Est-il bien prouvé qu'un nombre égal de jeunes femmes ayant d'autres délires d'une origine quelconque ne parleraient pas exactement de la même manière ?

On a beaucoup insisté également sur la coquetterie

de ces malades, « qui aiment à mettre des fleurs au chevet de leur lit, à s'orner la tête de rubans rouges et bleus, etc.[1] ». Je ne suis pas disposé à accorder une grande importance à ce symptôme. Les hystériques m'ont paru beaucoup plus souvent négligentes que coquettes et la conservation du soin dans la toilette me paraît plutôt un signe favorable. Quand la coquetterie existe, elle se rattache naturellement à cette vanité, à cet égoïsme qui ont été signalés comme caractéristiques beaucoup plutôt qu'à l'érotisme proprement dit.

En un mot, à l'exception de quelques cas spéciaux et fort explicables, les hystériques en général ne sont pas plus érotiques que les personnes normales. Leur anesthésie physique et morale, ce resserrement de l'esprit sur lui-même, ne les prédispose pas aux passions amoureuses. Elles sont plus fréquemment frigides que sensuelles; elles sont plutôt capables d'oublier leurs anciennes affections que de les augmenter. Il ne faut pas se tromper grossièrement, prendre pour de l'amour ce besoin enfantin qu'elles ont d'être conduites et consolées et considérer comme caractéristique d'une maladie un tempérament de quelques-unes.

Une question plus récente me semble aussi susceptible d'une solution du même genre. Beaucoup de moralistes ont prétendu que le caractère psychologique des hystériques était la disposition au mensonge, la dissimulation et surtout la simulation perpétuelle. J'ai déjà dit autrefois ce que je pensais de ce prétendu axiome[2], et je suis heureux que M. Gilles de la Tourette ait approuvé ma discussion[3]. Je crois encore aujourd'hui que tous les défauts et tous les vices possibles peuvent se rencontrer chez les hystériques comme chez

1. Huchard, *op. cit.*, 190.
2. *Autom. psych.*, 216.
3. Gilles de la Tourette, Considérations sur les ecchymoses spontanées et sur l'état mental des hystériques. *Nouvelle iconographie*, 1890, 49 et *Traité de l'hyst.*, 1891, 489.

tous les hommes, mais que, dans leur ensemble et par le fait de leur maladie, elles ne mentent pas plus que le commun des mortels. Au lieu de reprendre aujourd'hui ce petit problème, il me semble plus intéressant de chercher à expliquer comment s'est formée cette mauvaise réputation. Des observateurs éminents, comme Legrand du Saulle [1], ont compris l'état mental de ces malades d'une façon qui nous paraît aujourd'hui très singulière, et nous devons rechercher quels sont les faits qui ont bien pu donner naissance à de semblables illusions.

M. Pitres dit justement que cette croyance à la simulation hystérique repose sur des erreurs d'interprétation. « D'une manière générale, dit-il, on a beaucoup exagéré l'amour de ces malades pour la simulation, et cela parce que l'on a systématiquement attribué à des supercheries les phénomènes qu'on ne comprenait pas [2]. » Cela me paraît d'autant plus vraisemblable que les phénomènes psychologiques de l'hystérie présentent presque tous, au premier abord, un aspect contradictoire et sont fort difficiles à analyser. Une observation superficielle des stigmates montrera simplement une chose, c'est que tantôt la malade sent et tantôt elle ne sent pas, que tantôt elle remue, tantôt elle ne remue pas. Si on n'a pas remarqué la régularité des conditions qui accompagnent l'un ou l'autre fait, on se lassera d'examiner ces stigmates capricieux et on les considérera comme de simples plaisanteries. L'amnésie surtout, comme M. Charcot l'a remarqué [3], va mettre dans les récits des malades des lacunes et des contradictions qui les rendent justement suspects. La même accusation n'a-t-elle pas été adressée aux malades atteints de névrites alcooliques, qui présentent précisément une amnésie du même genre ?

1. Legrand du Saulle, *État physique et état mental*, 1883.
2. Pitres, *op. cit.*, II, 55.
3. Charcot, *Leçons du mardi*, 1887, 297.

Enfin, chez les hystériques, la plupart des perceptions soit intérieures, soit extérieures, sont très insuffisantes, les rêveries plus ou moins conscientes, les hallucinations même se mélangent avec la perception normale. Peut-on espérer que, dans leurs interrogations, elles vont faire minutieusement le départ de tous ces phénomènes? Sauront-elles toujours séparer ce qui est un rêve et ce qui est réel? Que de gens à peu près normaux ne savent pas le faire : « Je n'ose plus parler, me disait une malade, je sens bien que je ne vois plus les choses comme elles sont. Ne croyez pas ce que je vous dis, c'est peut-être faux. » Les mêmes difficultés se présentent dans l'examen de tous les aliénés; cependant, on ne dira pas que l'esprit de simulation est caractéristique des mélancoliques ou des persécutés.

J'ajouterai encore une remarque, c'est que ce sont les hystériques elles-mêmes qui ont contribué à établir cette réputation et qui s'accusent très souvent de mensonge à tort et à travers. Renée a aujourd'hui à chaque instant des idées fixes et des tics dont nous constatons bien la réalité et voici cependant comment elle s'exprime à propos des idées fixes plus anciennes qui ont disparu : « Je me tenais de travers, je ne sais pas pourquoi. Mes camarades de pension m'ont dit que j'avais une hanche plus grosse que l'autre et que j'étais malade. Elles m'ont si bien persuadée qu'elles m'ont envoyée consulter un médecin. Vous figurez-vous que j'y ai été et que je lui ai demandé pourquoi j'avais la hanche plus grosse d'un côté. Le médecin me dit : « Vous ne vous tenez pas droite. » Et moi, c'est par trop fort, je lui ai soutenu que je me tenais droite. Je sais pourtant bien *maintenant* que je me tenais de travers; pourquoi ai-je dit le contraire? Que voulez-vous, j'ai menti, c'est évident. » Mais non, ce n'est pas évident du tout; elle était dans un état d'esprit particulier qu'elle ne comprend pas et qu'elle explique elle-même par l'hypothèse grossière du mensonge, comme le ferait encore aujour-

d'hui un ignorant en présence d'un spasme par idée fixe. M. Paul Richer[1] a publié une lettre fort intéressante d'une hystérique qui devait présenter des phénomènes du même genre et qui veut, elle aussi, tout expliquer par la simulation, tout en reconnaissant cependant qu'elle n'avait pas les idées très claires. On verra de nombreux faits de ce genre chez les malades qui essayent d'expliquer leur somnambulisme ou leurs suggestions. Les médiums du spiritisme, quand ils sont devenus vieux et sont guéris de leur écriture automatique, prétendent eux-mêmes qu'ils ont simulé[2]. Il ne faut pas toujours que le médecin accepte sans contrôle l'interprétation naïve que le malade donne de sa propre maladie mentale.

Ce problème de la simulation hystérique est, à mon avis, en grande partie une question de mots. Que doit-on entendre par mensonge, par simulation ? Prend-on le mot comme on doit le faire dans son sens précis, comme désignant une tromperie réfléchie ef volontaire? Je dis qu'elle existe alors chez ces malades, comme chez les autres personnes, à titre de caractère individuel, ou comme résultat d'une mauvaise éducation. Je crois aussi que, dans des cas exceptionnels, elle peut exister à titre d'idée fixe suggérée et très accidentelle. Mais je ne pense pas que l'on puisse en faire un caractère spécifique de la maladie. Prend-on, au contraire, comme cela arrive trop souvent, ce mot simulation dans un sens infiniment vague, comme une modification quelconque de la vérité, comme une altération psychologique indéterminée, je dis que, dans ce cas, la simulation peut résumer toute l'hystérie et même toutes les maladies mentales possibles. Il est clair que toutes ces maladies consistent à penser et à sentir ce qu'un homme normal ne devrait ni penser ni sentir. Le mot

1. Paul Richer, *Paralysies et contractures*, 112.
2. *Autom. psych.*, 344.

devient vrai, si l'on veut, parce qu'il a perdu toute valeur, qu'il confond tous les phénomènes et n'est plus bon qu'à nous tromper. Le mensonge, comme le péché, sont des mots de la langue du moraliste qui ne doivent pas avoir de place dans la langue médicale.

Un dernier problème, enfin, a été soulevé fréquemment. Que faut-il penser du suicide des hystériques? Je ne puis que renvoyer le lecteur à la leçon de M. Pitres [1] sur ce sujet, dont je partage les opinions. Les idées de suicide sont fréquentes chez ces malades et semblent un aboutissant naturel de leur disposition à la mélancolie et au désespoir. On peut aussi les rattacher à l'aboulie des hystériques : la mort semble un moyen si facile pour les paresseux de trancher tous les problèmes de la vie. Quant à l'exécution de cette idée, elle est analogue à celle de toutes les autres idées fixes impulsives. Si la désagrégation de l'esprit est grave, si l'idée fixe est forte, elle se réalise parfaitement. Legrand du Saulle a rapporté trois cas de suicide suivi de mort chez des hystériques. M. Pitres en a rapporté un. M. Gilles de la Tourette un; parmi les malades que j'ai citées, Maria a été retirée de la rivière à demi asphyxiée. Cette idée de suicide n'est donc aucunement une plaisanterie et je pense qu'un médecin doit prendre des précautions contre une semblable idée même quand elle se présente dans l'esprit d'une hystérique.

Très souvent, heureusement, les idées fixes impulsives ne sont pas exécutées. De même que Célestine ne casse pas les carreaux aussi souvent qu'elle en a envie, de même une malade ne se tue pas toujours parce qu'elle pense au suicide. En général, comme le dit M. Pitres, ces actes impulsifs sont mal préparés, précisément parce qu'ils ne sont ni réfléchis ni volontaires. La moindre difficulté, la moindre émotion intercurrente permet à la conscience de se ressaisir et change le cours des idées.

1. Pitres *op. cit.*, II, 47. Gilles de la Tourette, *op. cit.*, 537.

Le récit suivant, fait par une malade, Berthe, dont j'ai souvent parlé, me dispensera de commentaires.

« Je l'aimais tant et grand'maman ne voulait pas!... Oh! j'aurais résisté à tout, car je le sentais toujours à côté de moi pour me soutenir... Il fallait en finir... Je suis sortie de la maison la nuit, sans faire de bruit, pour aller me noyer dans le grand étang. Oh! que c'était joli; la montagne toute noire en face, la lune au travers des sapins et, dans l'eau brillante, des fleurs blanches qui riaient de moi. Je me suis mise à pleurer comme une bête et je suis rentrée sans plus savoir ce que j'étais venue faire. »

En étudiant ce caractère que je viens de résumer et d'attribuer aux hystériques, le lecteur fera sans doute une réflexion qui m'est souvent venue à l'esprit. Ces traits appartiennent peut-être aux hystériques, mais ils appartiennent aussi à bien d'autres malades, c'est là un caractère, en somme, assez banal. L'inattention, la faiblesse de pensée, la rêverie, l'aboulie, l'idée fixe, l'absence d'émotions nouvelles et l'excès des émotions banales sont des choses que l'on retrouve bien souvent. Les malades atteints de la folie du doute, les obsédés, les impulsifs, nous présentent le même tableau : il est vrai qu'ils sont tout à fait les proches parents des hystériques. Bien mieux, si on lit les belles descriptions de M. Lombroso sur les criminels, on sera étonné de retrouver exactement les mêmes observations; il semble que très souvent M. Lombroso fasse allusion à des hystériques abouliques. Les imbéciles, que décrivait récemment M. Sollier, quand ils ne sont pas trop inférieurs, ont les mêmes faiblesses et les mêmes défauts. Enfin il est une dernière comparaison qui s'impose. Ce défaut de synthèse, cette instabilité, cet égoïsme naïf accompagné de jalousie et de colère, se retrouvent exactement dans un état qui n'est aucunement maladif, dans l'enfance. Qui donc n'a pas dit cent fois, en examinant une hysté-

rique, que ce n'est qu'un grand enfant? L'hystérique, comme une grande catégorie de malades, n'a plus qu'une puissance de pensée égale à celle de l'enfant. Mais ce qui, chez l'enfant, est normal, parce qu'il n'agit pas seul, parce qu'il a peu de pensées à comprendre, devient maladif à vingt ans, quand l'esprit trop faible ne sait plus coordonner des souvenirs et des sentiments accumulés par les années. Le caractère de l'hystérique n'est rien d'autre que le caractère des esprits faibles, des enfants.

Si l'on cherche à retirer des descriptions précédentes les traits de caractères qui ne se retrouvent pas aussi nettement chez tous les esprits faibles en général et qui appartiennent à peu près en propre à l'hystérie, on remarquera surtout deux traits particuliers : le caractère est *mobile* et *contradictoire*. La malade ne reste pas longtemps dans une même disposition morale, elle passe à chaque instant de l'affection à l'indifférence, de la gaieté à la tristesse, de l'espérance au désespoir; elle semble être dans un équilibre instable et tomber à chaque instant soit d'un côté, soit de l'autre. D'autre part, il n'y a pas un seul trait de caractère qui ne soit à chaque instant contredit par quelque action en apparence tout à fait différente; les hystériques paraissent inintelligentes et très vives, apathiques et émotionnables, hésitantes et entêtées. Ces deux caractères ne doivent plus nous surprendre, puisqu'ils ont été décrits dans tous les chapitres de ce livre. Ils ont toujours, à notre avis, la même signification; ils montrent le défaut d'unité de l'esprit, la diminution de la synthèse personnelle et la conservation des phénomènes automatiques qui réapparaissent avec un développement exagéré.

Cet état mental se manifeste donc dans le caractère et dans les émotions comme dans les sensations et les souvenirs; mais il nous a paru beaucoup plus net dans les phénomènes précis qui ont été étudiés à part.

C'est par l'étude des stigmates mentaux que doit être diagnostiquée et comprise la maladie de l'hystérie. Chacun d'eux nous montre très bien que le sujet est diminué dans sa personnalité et qu'il n'est plus maître de sa propre pensée.

FIN DE LA PREMIÈRE PARTIE

TABLE DES MATIÈRES

Pages.

INTRODUCTION 1

PREMIÈRE PARTIE DES STIGMATES MENTAUX. 6

CHAPITRE PREMIER. — Les anesthésies. 6

§ 1. — *Classification et caractères généraux* 7

§ 2. — *Le problème de l'anesthésie* 20

§ 3. — *Tentative d'interprétation* 35

§ 4. — *Vérification expérimentale et clinique* 44

§ 5. — *Quelques anesthésies particulières* 57

CHAPITRE II. — Les amnésies 79

§ 1. — *Description et classification* 80

§ 2. — *Analyse des caractères psychologiques* 96

§ 3. — *Tentative d'interprétation* 107

§ 4. — *Quelques amnésies particulières* 111

CHAPITRE III. — Les aboulies. 122

§ 1. — *Description et classification* 123

§ 2. — *Analyse psychologique et interprétation* 143

§ 3. — *Conséquences de l'aboulie*. 156

CHAPITRE IV. — Les troubles du mouvement 163

§ 1. — *Affaiblissement du mouvement volontaire* 163

§ 2. — *Le syndrome de Lasègue* 174

§ 3. — *Les catalepsies partielles*. 186

§ 4. — *La diathèse de contracture* 196

CHAPITRE V. — Les modifications du caractère. 207

§ 1. — *Modifications de l'intelligence et de l'activité*. . . 208

§ 2. — *Les émotions*. 213

§ 3. — *Quelques dispositions particulières* 224

Paris. — Typ. Chamerot et Renouard, 19, rue des Saints-Pères. — 29408.

Bulletin

des

Annonces

